Rok L. Kraków, dnia 22. kwietnia 1911. Nr. 16

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki medycznej U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr W. Jaworski.

Leczenie głodem.

Podał

Dr W. Skórczewski.

W ostatnich czasach zwrócono większą uwagę na usuwanie pewnych dolegliwości chorobowych wstrzymaniem się od spożywania pokarmów. Gdy strona fizyologiczna głodzenia od szeregu lat jest przedmiotem skrzętnych badań (ciekawych odsyłam do zestawień piśmiennictwa w pracy prof. Noordena: Handbuch der Pathologie des Stoffwechsels, Berlin, 1906) i jest prawie całkowicie wyświetlona, to sprawa leczenia głodem nieczęsto była przedmiotem pracy naukowej. I tak prawo obywatelstwa w naszych środkach leczenia zyskało sobie jedynie wstrzymywanie się od pokarmów przy świeżym krwotoku żołądkowym, by stworzyć dla błony śluzowej warunki całkowitego spoczynku, jak również często przez pedyatrów używane zalecanie dni głodu przy podawaniu jedynie rumianku, przy niestrawności osesków. Częściej już używane były sposoby leczenia, w części tylko do leczenia głodowego analogiczne, jakoto leczenie suchemi bułkami, stosowanie z przerwami dni jarzynowych przy chorobach przemiany materyi, wreszcie metoda Karella, w ostatnich czasach przez Lenhartza gorąco polecana, polegająca na podawaniu choremu około litra mleka (w dawkach po 200 gr) na dobę. Wszystkie te metody lecznicze polegały na znacznem zmniejszeniu substancyi azotowych przy zawsze niedostatecznym dowozie pokarmów. Wreszcie miesiąc i dłużej nawet trwające wstrzymania się od spożywania pokarmów licznych głodomorów (Succi i t. p.), bez widocznej dla ustroju szkody znoszone, rzuciły nieco inne światło na głodzenie.

W ostatnich czasach zaczęto stosować w zakładach leczniczych europejskich, idąc za podaniami lekarzy amerykańskich, leczenie głodem u chorych ze zmianami dyspeptycznemi przewodu pokarmowego, zwłaszcza powstałych na tle wadliwej przemiany materyi. Kuracye te mają dawać wcale dobre wyniki i bywają coraz częściej stosowane.

Prócz pracy Mangolda i Schulza (Archiv f. Physiol. 1906), którzy usiłowali z doświadczalnej pracy na psach wysnuć wnioski w kierunku praktycznym, z pracą naukowo-terapeutyczną się nie spotkałem.

Stąd też wydało mi się za radą prof. W. Jaworskiego, który mi pierwszy myśl zajęcia się tą sprawą poddał, rzeczą dla nauki korzystną przeprowadzenie doświadczeń nad leczeniem głodem, które z jednej strony przez laików nadmiernie chwalone, może przez lekarzy dotychczas niedoceniane, zawsze mimo bezpośredniej nieszkodliwości dla ustroju może przedstawiać, zwłaszcza przeprowadzane w zbyt surowy sposób i przy niezbyt dokładnem obserwowaniu chorego, niepowrotne dla zdrowia uszczerbki. Dlatego więc stwierdzenie, jak długo leczenie głodem bez widocznej szkody dla ustroju może być przeprowadzane, jak o poczynającem się zaburzeniu lekarz może się przekonać, czem się w ocenianiu stanu chorego kierować, wreszcie w jaki sposób możnaby leczenie takie przedłużyć, uważam za sprawę praktycznie tak ważną, że zająć się nią postanowiłem.

Rzecz prosta, że wniknięcie dokładne w zmiany, jakie podczas głodzenia w ustroju powstają, w zmiany, o jakich ze zmienionych wydalin moczu i kału sądzić możemy, uważać musiałem za podstawę, na której oprzeć należało wysnuwanie wniosków.

Stąd nasuwała się konieczność przeprowadzenia doświadczenia na chorym przy uwzględnieniu równowagi azotowej przed okresem głodzenia i badania przyswajania białka po okresie głodzenia. Przy wysnuwaniu wniosków stało mi zawsze do dyspozycyi całe piśmiennictwo patologii głodzenia, z jednego bowiem doświadczenia wniosków takich wysnuwaćbym nie mógł.

Dnia 18. stycznia 1911 zgłosił się do ambulatoryum klinicznego chory S. Z. l. 40., żonaty, który dał się nakłonić do przeprowadzenia leczenia głodem.

18. I. Przed rokiem przebywał w naszej klinice zapalenie ślepej kiszki z wysiękiem około wyrostka, obecnie całkowicie wessanym. Przed 4 tygodniami przebył zapalenie płuc. Jako ozdrowieniec zauważył ciążący ból w dołku, który występował zwłaszcza po obfitszem jedzeniu. Ból ten niepokoi chorego nadmiernie i dlatego zgłasza się chory do kliniki. Dokładne wywiady nie stwierdzają żadnych dolegliwości, jedynie skarży się chory jeszcze na bulkotanie i niepokój w okolicy żołądka.

Stan obecny: Serce i płuca zdrowe; narządy jamy brzusznej bez zmian. Granice żołądka prawidłowe, przestrzeń Traubego nie zwiększona, pluskania nie stwierdzono. W okolicy wyrostka robaczkowego oporność i postronkowate zgrubienia łączno-tkankowe wybadalne. Dermografia zaznaczona; odruchy ścięgniste żywe.

19. I. Mocz bez białka i cukru.

19. I.—26. I. Badanie żołądka czczego, jakoteż treści tegoż po śniadaniu próbnem wykazuje stosunki prawidłowe.

Rozpoznanie: Neurasthenia.

Po przeprowadzenu badań wstępnych przystąpiłem do

uzyskania równowagi azotowej przez podanie odpowiedniego pożywienia w ściśle odmierzonej ilości. Pożywienie to składało się z mięsa wołowego (polędwicy) około 180 gr dziennie, dalej litra mleka, 120 gramów ryżu, 450 gramów chleba Simona, około 70 gramów masła deserowego, jakoteż litra wody niesłonej Nr XXVII, według przepisu prof. W. Jaworskiego ($H_2O + CO_2$) wyrabianej przez fabrykę wód sztucznych Rzący i Chmurskiego w Krakowie. Dodatek soli do pokarmów, dość dokładnie dziennie oznaczany, wynosił około 3—4 gramów dziennie. Mięso spożywał chory w postaci befsztyków, ryż w postaci ugotowanej w mleku, chleb z masłem.

Chory był izolowany pod ścisłym nadzorem, zresztą sam chętnie poddawał się wszelkim przepisom, tak iż można wyłączyć niedokładności w otrzymanych zestawieniach, przez spożywanie pokarmów poza normą żywienia mogące powstać.

Ilość azotu we wszystkich pokarmach oznaczano metodą Kjeldahla; mięso przechowywano w przyrządzie »frigor«; azot w mleku oznaczano codziennie.

Dodatek wody niesłonej okazał się potrzebny dla powiększenia niedostatecznej ilości płynów. Wybraliśmy z prof. Jaworskim wodę niesłoną jako wodę przekroploną, a więc żadnych soli nie zawierającą, nasyconą jedynie kwasem węglowym.

Po otrzymaniu równowagi azotowej przystąpiłem do właściwego głodzenia. Głodzenie trwało 5 dni i zostało przez chorego nieźle zniesione. Uczucie głodu objawiało się niejako bólem rznącym w jelitach i ustawało zazwyczaj po podaniu wody. Jedynie 4. i 5. dnia głodzenia chory był tak niespokojny i rozdrażniony, iż okazało się potrzebnem podanie lemoniady na wspomnianej wodzie niesłonej i nieco wina, które go w zupełności uspokoiły. Ilość wody podawanej wynosiła w tym okresie 2 litry dziennie, chodziło mi bowiem o to, aby utrzymać ilość wody w okresie pierwszym przyjmowaną.

Okres trzeci składał się również z 5 dni, a pożywienie było prawie identyczne z pożywieniem okresu pierwszego, jedynie ilości podawanego mięsa były nieznacznie większe.

Po leczeniu tem wypuszczono chorego do domu. Stan nerwowy jego bez zmian. Natomiast ból w okolicy żołądka całkowicie ustał.

Przechodzę do omówienia poszczególnych wyników, jakie przy zestawieniu bilansów otrzymałem. Badanie moczu wykonywałem w ilości dobowej, badanie stolców przez połączenie stolców, należących do jednego okresu, oddzielonych zapomocą karminu lub zawiesiny węgla w gumie arabskiej.

Prócz badania azotu w całości, oznaczałem w każdym dniu ilość wydalanego mocznika, amoniaku, kwasu moczowego, jakoteż kwasów aminowych. Wszystkie te oznaczenia zestawiłem w tablicy I.

Zestawienie równowagi azotowej w danym przypadku wykazuje, iż już w 3. i 4. dniu przed głodzeniem ilości wprowadzanego azotu równały się ilościom wydalanym w okresie głodzenia. Ilości wydalane moczem w pierwszych czterech dniach nie były mniejsze, niż poprzednio, w dniu 5. ilość azotu wynosi tylko 7 gramów. Ilości te wytłomaczyć musimy tak stratą białka krążącego, jak i ustrojowego. Gdy w 5. dniu prawdopodobnem jest przystosowanie się ustroju do braku pokarmu przez zmniejszenie zapotrzebowania, w 4 pierwszych dniach głodzenia wchodzi w grę tak zwane wypłókiwanie azotu z ustroju, jakie spostrzegamy po większych dawkach płynów. Wprawdzie bowiem ilość podanego płynu nie była tutaj większa, jednak ilość moczu wobec braku zapotrzebowania wody jako »constituens« do trawienia i jako regulatora wobec izotonii płynów ustrojowych wydalanych soli jest znacznie większa. Okres trzeci charakteryzuje się znacznym przyrostem białka. I tak wobec podanego azotu azot wydalany zachowuje się w tym niestosunku, iż w 4 pierwszych dniach zdołał ustrój przyswoić przeszło 10 gramów azotu, co daje około 65 gramów białka. Białko to w części spotrzebowane zostaje jako białko krążące, w części jako białko ustrojowe. Wobec straty drugiego okresu w ilości 84 gramów azotu, nie pokrytych przez podawanie pokarmów, już w 4 pierwszych dniach po głodzeniu zdołał ustrój pokryć niedobór w ósmej części. Piątego dnia po głodzeniu (przed wyjściem chorego z kliniki) nie mamy przyrostu, lecz niewielką stratę powyżej podanego azotu.

Rozważając liczby tutaj otrzymane, stwierdzić możemy, iż leczenie głodowe może zupełnie słusznie być uważane za bodziec, zmuszający ustrój do rozwinięcia swych sił

TABLICA I.

Tablica rozbiorów substancyi azotowych wydalanych moczem.

	Dzień	Podano	Wydalono azotu			Bilans	Wydalono			
		azotu	w moczu	w stolcu	razem		N mocznika	kwas moczowy	N amoniaku	N kwasów aminowych
Okres pierwszy	1.	14·78	10·5	16·40	13·78	+ 1·8	9·19	0·44	0·59	0·11
	2.	13·49	6·59		9·87	+ 3·62	5·68	—	0·32	0·04
	3.	14·22	11·27		14·55	— 0·33	10·12	0·07	0·49	0·26
	4	13·79	10·1		13 38	+ 0·41	8·94	0·32 (?)	0·48	0·31
	5	12·46	10·79		14·07	— 1·61	8·45	0·37 (?)	0·44	0·43
Okres drugi	1.	—	9·68	3·95	10·43	— 10·43	8·66	0·398	0·28	0 28
	2.	—	9·74		10·49	— 10·49	—	0·48	0·34	0·23
	3.	—	12·01		12·76	— 12·76	10·68	0·26	0·29	0·22
	4.	—	11 95		12·7	— 12·7	11·22	0·21	0·34	0·22
	5.	—	7·2		7·97	— 7·97	6·09	0·38	0 21	0·32
Okres trzeci	1.	14·8	9·26	16·8	12·62	+ 2·18	7·82	0·1 (?)	0·497	0·31
	2.	13·4	5·09		8·45	+ 4·95	4·25	0·21	0·27	0·17
	3.	14·6	9·0		12·36	+ 2·24	—	0·37	0·33	0·49
	4.	15 32	10·51		13·87	+ 1·45	8·46	0·54	0·41	0·47
	5.	14·84	12 32		15·68	— 0 84	10·27	0·398	0·9	0·6

przyswajających, które w okresie po głodzeniu ustrój rozwinąć musi.

Z całkowitej ilości azotu w okresie pierwszym przypada na azot mocznika 86%, w okresie drugim 88%, w okresie trzecim 84%. Całkowite zmniejszenie się ilości mocznika (metoda Pflüger-Bleibtreu-Schöndorff) przypadałoby tu w okresie trzecim i charakteryzowałoby przystosowanie ustroju do zmniejszonego dowozu żywności okresu poprzedzającego.

Azot, powstający z amoniaku (metoda Folina), w okresie pierwszym i trzecim wynosił po 2·32 gr i 2·41 gr, w okresie drugim natomiast tylko 1·46 gr. Świadczy to o braku acydozy w naszym przypadku, czemu również odpowiada stale ujemny wynik odczynu z chlorkiem żelazowym.

Azot, pochodzący od kwasów aminowych (nowa modyfikacya metody Malfatti-Sörensen-Jöquist), nie zwiększał się również w okresie drugim, 1·25 gr: 1·27 gr. W okresie trzecim wynosi 2·02 gr.

Oznaczanie kwasu moczowego (Folin-Schaffer) wykazało nieznaczne zmniejszenie wydalania jego, trwające od trzeciego dnia głodzenia, do trzeciego dnia po głodzeniu. Ponieważ liczby poprzednie i następujące odnoszą się tak do kwasu moczowego, pochodzącego z pokarmów, jak i z ustroju, więc zmniejszenie to w środkowym okresie jest do pewnego stopnia wytłomaczone.

Oznaczenia zasad purynowych i azotu polypeptidów musiałem się wyrzec z powodu braku materyału. Większą bowiem uwagę zwrócić musiałem na przemianę materyi mineralną (Mineralstoffwechsel), jako dla nas niewątpliwie ważniejszą, a mniej dotychczas opracowywaną.

TABLICA II.

Tablica rozbiorów zawartości soli w moczu i bilans wody.

	Dzień	Podano wody	Wydalono wody: w moczu	Wydalono wody: stolcu	Wydalono wody: razem	W moczu: wyd. Cl jako NaCl	W moczu: wyd. Cl	W moczu: wyd. SO_3	W moczu: wyd. P_2O_5	W moczu: wyd. CaO	W moczu: wyd. MgO	W moczu: wyd. K_2O	W moczu: wyd. Na_2O	Uwaga
Okres pierwszy	1.	2249	2202	?	1402	5·17	—	—	1·62	0·29	0·09	3·86	5·75	Waga ciała 62·000
	2.	2215	460	197	657	5·52	—	—	0·79	—	—	3·0	4·73	
	3.	2223	640	274	914	6·66	—	—	1·56	—	—	—	—	
	4.	2209	635	192	827	5·65	—	1·97	1·63	—	—	2·45	3·11	
	5.	2202	665	315	980	5·72	—	1·56	1·71	0·26	0·16	2·61	4·09	Waga ciała 62·000
Okres drugi	1.	2000	1798	—	1798	6·47	—	0·8	1·85	0·23	0·09	1·63	2·76	
	2.	2000	2230	—	2230	3·79	—	0·78	2·32	0·18	0·18	2·54	3·57	
	3.	2000	1395	—	1395	2·09	—	1·13	2·31	0·18	0·17	2·21	2·19	
	4.	2150	2277	—	2277	1·64	—	1·16	2·71	0·23	0·36	2·19	1·27	
	5.	2150	1350	—	1350	0·88	—	0·58	1·46	0·096	0·05	1·44	0·85	Waga ciała 58·000
Okres trzeci	1.	2275	480	243	723	0·6	—	—	1·67	0·14	0·02	0·61	0·44	
	2.	2236	250	388	638	0·81	—	—	0·99	—	—	0·41	0·44	
	3.	2259	432	443	875	2·76	—	—	2·03	0·2	0·11	1·17	0·98	
	4.	2266	580	443	1023	6·06	—	1·72	2·37	0·425	0·12	1·11	3·08	
	5.	2260	1000	188	1188	10·1	—	—	2·85	0·396	0·11	1·44	5·88	Waga ciała 61·500

(Dok. nast.).

Wyniki leczenia zołzów w Iwoniczu

podał

Dr Grzegorz Jarosław Turzański,

lekarz zdrojowy.

W dobie obecnej, kiedy nowoczesna balneologia ze swemi udoskonalonemi według postępów nauki urządzeniami święci coraz większe zdobycze, zwrócić należy uwagę na wszystkie te czynniki, które działaniem swem, wzajemnie się uzupełniającem, przyczyniają się w każdem zdrojowisku do odzyskania zdrowia przy rozmaitych chorobach.

Czynników tych, wyczerpująco opisywanych w każdym podręczniku balneologicznym, ogólnie rozpatrywać nie potrzebuję i przystąpuję wprost do określenia ich w Iwoniczu.

Położony w kotlinie wzniesionej 410 m. nad poziomem morza pod 39°28′ wschodniej długości, 49°36′ północnej szerokości, okolony lesistemi górami o dość znacznem wzniesieniu (73—230 mtr. w stosunku do Zakładu, a 483—640 m. od strony północnej zasłonięty przez odnogi Beskidu przed zimnymi wiatrami, ku południowi jest Iwonicz otwarty i przystępny dla wiatrów południowych z domieszką południowo-wschodnich i południowo-zachodnich, a zatem wszystkich ciepłych. Położeniu temu zawdzięcza Zakład więcej jednostajną ciepłotę średnią 14·4° R w miesiącach letnich, przy stałem utrzymaniu różnicy 5° R między najwyższą a najniższą ciepłotą dzienną. Równie korzystnie przedstawiają się i średnie, wypadające z zachmurzenia nieba, (w lecie około 62% dni pogodnych), jako wyniki odpowiedniego stopnia ciśnienia i działania wiatrów. Dzięki wspomnianym warunkom, posiada Iwonicz powietrze górskie łagodne, wolne od pyłu, miernie nasycone parą wodną (72·9%) a w azon bardzo obfitujące (do 9·6%).

Ze źródeł leczniczych najważniejsze i obecnie używane są cztery, t. j. Karola, Amelii, Heleny i Emmy. Dwa pierwsze używane bywają wyłącznie do picia, dwa drugie używa się tylko do kąpieli. Głównymi ich składnikami są chlorek sodu (0·8%) chlorek potasu (0·008%), dwuwęglan sodowy (0·3%) i jodek sodu (0·002). Obok znaczniejszej ilości kwasu węglowego (0·16%) nieznacznych ilości dwuwęglanu litu (0·003%) dwuwęglanu żelazowego (0·001%), bromku sodowego (0·003%) i innych mniejszą rolę w leczeniu odgrywających części składowych. Składem swym przewyższają wody iwonickie inne wody o podobnym składzie. Do dal-

szych środków leczniczych należą przetwory zdrojowe jak sól, ług i borowina iwonicka. Pierwsze dwa przetwory uzyskuje się przez odparowanie wody mineralnej wobec czego skład ich odsetkowo odpowiada zupełnie składnikom wody, borowina zaś, zbierana w okolicznych lasach i następowo zmięszana z wodą jodową, obok składników tej wody zawiera jeszcze ciała organiczne, jak kwas humusowy, żywicę, sole amonowe, węgiel i inne ciała do 85% obok składników nieorganicznych (popiół) 15%. Oprócz tego posiada Zakład urządzenia do kąpieli zimnych, do kąpieli w ogrzanem powietrzu, inhalatoryum systemu Clara i utrzymuje na składzie mleko i żętycę, jako środki pomocnicze w leczeniu zdrojowem.

Zakład posiada mieszkania, rozłożone w kilkudziesięciu willach umieszczonych wśród otaczających lasów szpilkowych, wygodne, suche, jasne, słoneczne, oświetlone elektrycznie. Cały Zakład leży wśród 600-morgowego należycie urządzonego parku, zaopatrzony jest w dobrą wodę do picia, w higienicznie urządzoną piekarnię i rzeźnię, zdrowe kuchnie restauracyjne, oraz urządzenia dla usuwania odpadków i nieczystości; ma więc wszelkie warunki do leczenia wskazanych chorób i zdrowego pobytu w klimacie podgórskim i powietrzu, przepełnionem wonią lasów szpilkowych.

Przystępując do omówienia poszczególnych właściwości zdrojowiska, zaznaczyć należy, że klimat w Iwoniczu — jak z krótkiego zestawienia ciepłoty, powietrza, jego prężności i wilgotności oraz kierunku, siły i ciepłoty wiatrów wraz z położeniem zakładu w stosunku do poziomu morza wynika — jest w całem słowa tego znaczeniu łagodnym, kojącym i wskazanym dla osób słabych i bardzo pobudliwych; klimat ten może przeto leczenie wodami leczniczemi w odpowiednich cierpieniach w wysokim stopniu uzupełnić.

Wody lecznicze w Iwoniczu są, jak z wyżej przytoczonego rozbioru wynika, solankami, zawierającemi w znacznej ilości dwuwęglan sodu, kwas węglowy oraz w małej ilości jodki i bromki potasowców. Zawartość wolnego kwasu węglowego czyni wody te prawdziwemi szczawami i nadaje im smak świeży, orzeźwiający i działanie lekko podniecające rozmaite fizyologiczne czynności wydzielnicze ustroju.

Najważniejszą rolę w działaniu tych wód, tak wewnętrznem jak i zewnętrznem, odgrywa chlorek sodu jużto przez działanie samych drobin soli, jużto przez działanie jonów sodu i jonów chloru. Przez podniesienie ciśnienia osmotycznego, jakie wywołują w swych naturalnych rozczynach jony zasadowe i jony kwasowe wzmaga się przemiana materyi i wszelkie czynności ustroju, jak trawienie, chłonienie, wydzielanie i wydalanie. W każdym bowiem ustroju osmoza ulega ustawicznej zmianie, zawisłej od nasilenia rozczynu cieczy międzykomorkowej, zawierającej w stosunkach prawidłowych pewien odsetek soli i o ile zawartość tę sztucznie zwiększymy, o tyle osmoza ta stanie się wyższą.

Drugim ważnym składnikiem jest dwuwęglan sodu, wzmagający wydzielanie się mocznika kosztem tkanki chorej bez żadnej utraty ciał białkowatych. Obok tego roztwarza on i wzmaga wydzieliny śluzowe. Nadmierną kwasność soku żołądkowego dwuwęglan sodu chwilowo zobojętnia, a używany przez czas dłuższy w małych dawkach wywołuje zwiększenie kwaśności soku i w ten sposób wpływa korzystnie na poprawę łaknienia i przyspieszenia trawienia.

Działanie jodków potasowców odnieść należy wyłącznie do działania jodu, albowiem sole te rozkładają się w ustroju a jod wchodzi w związki z istotami białkowatemi i jako białka jodu, dostaje się wprost do krwi. Działanie tych soli na narządy oddychania i trawienia nie ma znaczenia, natomiast dodatnie ich działanie zaznacza się w leczeniu kiły, przerostów gruczołów limfatycznych, przerostu gruczołu tarczowego i innych narządów gruczołowych, wysięków zapalnych błon śluzowych i surowiczych, zołzów i wszelkich innych cierpień, na tle tych chorób powstałych.

Tutaj zaraz zaznaczyć muszę, iż małe ilości jodu zawarte w wodach iwonickich powiększyć się musi w odpowiednich przypadkach chorobowych przez podawanie sztucznych przetworów farmakologicznych, by uzyskać należyty skutek i tylko u osób bardzo wrażliwych, nie znoszących żadnych przetworów jodowych, ograniczyć się trzeba do podawania samej wody zdrojowej, gdyż zawarty w niej dwuwęglan sodu łagodzi drażniące działanie jodu.

Z pozostałych składników, mogących wywrzeć pewien wpływ na leczenie zdrojowe, wspomnieć jeszcze należy o dwuwęglanie żelaza, znajdującym się w zdroju Amelii (0·06%) i dwuwęglanie litu, znachodzącym się w zdroju Emmy, z których może tylko pierwszy odegrać bardzo nieznaczną rolę w leczeniu przez pomnożenie hemoglobiny we krwi, natomiast drugi, zawarty w źródle używanem tylko do kąpieli, w tej ilości żadnego skutku wywrzeć nie może.

Wód iwonickich używa się także do kąpieli, przy używaniu których obok pewnej ciepłoty te same składniki wywierają swój wpływ na uzupełnienie leczenia zdrojowego. Wchodzi tu w rachubę ciężar cieczy, ciepło oraz drażnienie chemiczne, fizyczne i elektryczne, które przez przyspieszenie krążenia krwi sprowadzają żywszą wymianę tlenu i działają tym sposobem na wzmożenie się przemiany materyi.

Przetwory zdrojowe w postaci soli, ługu i borowiny iwonickiej mają znaczenie może więcej pomocnicze przez stosowanie ich w ten sposób, aby na pewne narządy energiczniej zadziałać i to zapomocą dodawania soli do kąpieli mineralnych, używania mułu na miejscowe okłady i stosowania kąpieli borowinowych, tak całych jak i częściowych. Z działania tych środków należy wyszczególnić działanie borowiny, która przez swą ciepłotę, ciężar i składniki znakomicie przyspiesza wessanie wysięków pozapalnych i usunięcie innych tym podobnych cierpień.

Czynniki wyżej przytoczone obok stosunków klimatycznych nadają Iwoniczowi główną cechę leczniczą gdyż urządzenia do leczenia zimną wodą, gorącem powietrzem, zapomocą inhalacyi i t. d. oraz wszelakie urządzenia higieniczne jako potrzebne w każdem większem zdrojowisku przyczyniają się tylko do uzupełnienia środków leczniczych wskazanych w poszczególnych cierpieniach.

Wśród takich warunków zdrojowych leczyłem w Iwoniczu w sezonie 1908 roku 83 przypadków zołzów z uwzględnieniem przewlekłych obrzęków stawów na tle gruźliczem powstałych, i innych gruźliczych cierpień kości. Z przypadków tych przypada 23 od 1—5 r. czyli 27·7%, od 6—10 r. życia 21 tj. 25·3%, od 11—15 r. 12 tj. 14·4%, od 16—20 r. życia 10 tj. 12% i po 20 r. życia 17 tj. znowu blizko 20%.

Liczby te odpowiadają więcej statystyce Wolgemutha, aniżeli Rabla z wyjątkiem okresu ostatniego.

Rabl w Bad Hall podczas swej 32-letniej działalności leczył w szpitalu i praktyce prywatnej 11·796 osób dotkniętych zołzami, z których na pierwszych 5 lat życia wypada 680, od 6—10 r. 4946, od 11—15 r. 3662, od 16 reszta tj. 2508 osób, Wolgemuth zaś spostrzeganych przez siebie zołzów gruczołowych stwierdził do 5 roku życia 47·4%, od 5—10 r. życia 20·8%, od 10—20 r. życia 20·0, a ponad 20 lat 11·8%.

Według Corneta wielki wpływ na pojawienie się zołzów wywiera płeć; przeważnie podpadają zołzom dzieci płci żeńskiej. Tego samego zapatrywania są i inni badacze, jak Dolläus, Ruete i Wunderlich, jak niemniej Garré, Wolgemuth i Monti, którzy oznaczają stosunek płci, jak 2 do 3. Tosamo stwierdzić mogłem i na moim nielicznym materyale, albowiem na 83 chorych, 50 przypada na płeć żeńską, a 33 na męzką, czyli stosunek był podobny do przytoczonego, a mianowicie wynosił 11:17.

Jak wiadomo, zwracali badacze w zołzach uwagę na dwa czynniki: dziedziczność i zakażenie zewnętrzne. Dziedziczności przypisywano dawniej bardzo wielkie znaczenie, a Lugol podaje, najrozmaitsze chorobowe zboczenia ustroju rodziców za przyczynę powstania tej choroby, które jeszcze Henoch i Birch-Hirschfeld uzupełniają rozmaitemi skazami ustroju rodziców. W nowszych jednak czasach pojęcie to się zmieniło, głównie na podstawie badań statystycznych, popartych krytycznemi spostrzeżeniami. Główną rolę odgrywa

obecnie na podstawie najnowszych badań powstanie zołzów na tle zakaźnem; już szerzenie się zmian zołzowych w ustroju stopniowe zawlekanie z jednego gruczołu na drugi, z jednego narządu do drugiego, zapatrywanie to czyniły bardzo prawdopodobnem. Przy zakażeniu tem uwzględnić musimy częste przypadki zołzów wśród rodzeństwa, uważane dawniej za dowód znaczenia dziedziczności, a które zdawałyby się wskazywać na zakażanie się ze wspólnego źródła.

Spostrzeżenia moje w tym kierunku dokładne być nie mogą, albowiem nie mając sposobności stykania się z całą rodziną, nie mogłem tem samem odpowiednich spostrzeżeń uczynić. Polegać przeto musiałem na danych wywiadowych ze strony towarzyszącego choremu dziecku ojca lub matki, czy reszta rodziny jest zdrowa lub nie i na podstawie tych danych, jak niemniej w tych przypadkach, gdzie mogłem obserwować oboje rodziców, stwierdziłem wpływy dziedziczne w 53 przypadkach tj. 63·8%, przebytą chorobę zakaźną zaś 30 razy, czyli 36·2%.

Co do usadowienia się sprawy chorobowej w pojedynczych narządach to moje spostrzeżenia są następujące: Na leczonych 83 przypadków spostrzegałem 58 chorych z ogólną skazą zołzową bez wyraźnego umiejscowienia się choroby. Skaza ta objawiała się w postaci bladości powłok skórnych i widocznych błon śluzowych, zgrubienia skrzydeł nosowych i obu warg, przewlekłych nieżytów nosa i gardła, ogólnej wątłości i niewielkich obrzęków gruczołów limfatycznych, przeważnie na karku i na szyi, a mniej pachowych, łokciowych i pachwinowych. Dalej spostrzegałem 8 chorych ze znacznym obrzękiem gruczołów, i to przyusznych 4 i karkowych 4, obok zresztą zupełnie zdrowego ustroju, 10 chorych ze zmianami gruźliczemi kości, a mianowicie 3 kręgosłupa, 3 kości udowej, 1 kości biodrowej, 2 kości śródręcza, 1 kości śródstopia, 4 chorych ze zmianami stawów, i to 2 stawu kolanowego prawego, 1 stawu kolanowego lewego i 1 stawu skokowego prawego, 2 chorych ze zmianami przewlekłemi w jądrach i 1 z zapaleniem pryszczykowem rogówki na obuoczach.

Co do czynników usposabiających do tej choroby to ogólnie jest znanem, że wszelkie wyniki, nieodpowiadające higienie mieszkań, odżywiania i pielęgnacyi skóry, brak świeżego powietrza, jak niemniej brak dostatecznego ruchu, stwarzają korzystne warunki do wtargnięcia do ustroju właściwych bakteryi tak ropotwórczych, jak i gruźliczych, i następowego powstania zołzów. Natomiast według dokładnych badań, które głównie przeprowadził Lebert nie napotyka się różnicy w częstości pojawiania się tej choroby między mieszkańcami wsi i miast, a według spostrzeżeń Lugola, klimat i właściwości gruntu nie odgrywają tu żadnej roli. Choroby zakaźne mają stanowić jedną z częstych przyczyn usposabiających do rozwoju zołzów, szczególnie u dzieci, u których zołzy były poprzednio utajone. Wreszcie i uraz przyczynić się może do powstania tej choroby, jeśli połączony jest z zewnętrznem uszkodzeniem skóry dającem możność wtargnięcia odnośnych bakteryi, lub gdy zadziałał w miejsca, jak to wykazał Henoch, gdzie wprzód znajdowało się jakieś ukryte ognisko tej choroby.

Co do mych spostrzeżeń, to na 83 chorych 14 pochodziło ze wsi tj. 16·8%, a reszta z miast i miasteczek. Z wyszczególnionych zaś 30 przypadków z przebytemi chorobami zakaźnemi miały według wywiadów powstać zołzy po przebyciu odry. W 12 nie można było wykryć przyczyny usposabiającej.

Objawów tej choroby jako ogólnie znanych opisywać nie będę. Co do spostrzeganych przezemnie przypadków to już poprzednio ogólnikowo zaznaczyłem, z jakiemi postaciami tej choroby i z jakiem umiejscowieniem się spotkałem; tutaj tylko wyszczególnię, że przy ogólnej skazie zołzowej spotykałem nieżyty błon śluzowych w górnych drogach oddechowych wyłącznie przerostowe, gruczoły powiększone były od wielkości gruczołu do laskowego orzecha, w formie zaś wyłącznie gruczołowej spotykałem gruczoły wielkości orzecha włoskiego, a nawet małego jabłka. Inne przezemnie spotykane postacie zołzów nie różniły się w niczem od typowych form tej choroby.

Leczenie zołzów jest zadaniem nadzwyczaj trudnem, a to z powodu trzech właściwości, charakteryzujących to cierpienie, a mianowicie uporczywego trwania, częstych nawrotów i wielokrotności objawów chorobowych, które jakby się wzajemnie wspierały lub zastępowały. Z tych właściwości wynika już, że do zwalczania tej choroby użyć należy całego arsenału środków, tak zewnętrznych jak i wewnętrznych, z których ani jednego czynnika zabraknąć nie powinno.

Do pierwszych należeć będą klimat i korzystne warunki atmosferyczne, środki lecznicze miejscowo stosowane, oraz kąpiele, do środków drugich wody, zawierające wskazane składniki mineralne, dobre odżywianie i jako środki pomocnicze pewne przetwory farmakologiczne.

Wszelkie te warunki posiada Iwonicz. Tutaj bowiem jesteśmy w możności wypełnić to potrójne zadanie, które przy leczeniu zołzów wskazuje Cornet, a mianowicie: 1) usunięcie wrodzonej skłonności zapomocą podniesienia danego osobnika na wyższy stopień jego fizycznego rozwoju; 2) dopóki choroba trwa, usuwanie wszelkich sposobności powtórnego zakażenia się prątkami gruźliczymi; 3) wstrzymywanie istniejącego już zakażenia od dalszego rozszerzania się w ustroju, oraz lokalizowanie, leczenie i dążenie, aby następstwa tej choroby usunąć.

W tym kierunku pierwszą rolę odgrywają powietrze, światło, ruch i odpowiednie odżywianie, jako czynnik podstawowy całego leczenia zołzów. W myśl tych postulatów zarządzałem w pierwszym rzędzie odpowiednie żywienie chorych, stosując przeważnie dyetę mięsną i mleczną, w tak obfitej ilości, jaką tylko chorzy bez szkody spożywać mogli. Obok tego u osób szczupłych starałem się o dostateczny dowóz tłuszczu w postaci śmietany, masła i t. d., przyczem pozwalałem używać lekkich jarzyn, a wzbraniałem potraw mącznych i wszelkich słodyczy. Napojów wyskokowych wzbraniałem tylko dzieciom, prócz poszczególnych przejściowych wskazań; osobom dorosłym zezwalałem na używanie napojów wyskokowych w miernej ilości z wyjątkiem wódki Jakichkolwiek sztucznych środków odżywczych nie używałem wcale, ponieważ przy wszelkich warunkach poprawy naturalnego łaknienia u chorych uważałem je za niepotrzebne.

Nie mniejszą wagę kładłem również na czynnik drugi, aby chorzy pozostawali nie tylko jak najwięcej, ale prawie ustawicznie, o ile tylko warunki atmosferyczne pozwalały, na wolnem powietrzu, w miejscach słonecznych, pozbawionych kurzu i dostatecznie ochronionych od wiatrów, a jak poprzednio już wspomniałem, kotlina mieszcząca w sobie zakład kąpielowy i okoliczny 600-morgowy park, dostarczały jaknajlepszych warunków w tym kierunku. Dzieciom polecałem używać miernego i ciągłego ruchu bez żadnego przeciwwskazania ze strony jakiejkolwiek przemijającej gorączki, chyba że sam rodzaj cierpienia u niektórych dzieci stanowił przeszkodę dla ruchu.

W ten sposób korzystne warunki klimatyczne w Iwoniczu mogły wywierać zbawienny swój wpływ tak na nieżyty zołzowe z obfitą wydzieliną jak i na nieżyty suche z silną wrażliwością błon śluzowych i to tak przy postaciach pobudliwych (eretycznych), jak i otrętwiałych.

Niemniejszą rolę obok wyż skreślonych czynników odgrywają w zołzach kąpiele solankowe, gdyż uzupełniają one w wysokim stopniu leczenie. Z dawnego doświadczenia wiemy, że wzmacniają one nie tylko cały ustrój, ale także w odpowiedniej ilości użyte, wpływają korzystnie na zmniejszenie się obrzękłych gruczołów, gruźliczych obrzęków stawów, na gojenie się przetok i wytwarzanie się zdrowych granulacyi w otwartych ranach. Działanie tych kąpieli polega, jak już wspomniałem, na bodźcach mechanicznych, termicznych i chemicznych, z których pierwszy, wzmożony przez ciężar gatunkowy zawartej soli, wywiera większe działanie na oddychanie, krążenie i pracę mięśniową, aniżeli ten sam bodziec w kąpieli obojętnej. Bodziec termiczny

wywiera również to samo działanie wskutek stosowania kąpieli solankowych chłodniejszych, o ciepłocie niższej od ciepłoty ciała. Główne jednak działanie posiada bodziec chemiczny wskutek nasiąkania naskórka związkami chloru i wzmożonej przez to eksosmozy płynu tkankowego, jako też drażnienia zakończeń nerwowych w skórze.

Według Clemensa, Santlusa i Bönneckego skutek ten nietylko podmiotowo się odczuwa, ale i przedmiotowo można go jako podwyższoną nadczułość zapomocą mierzenia wykazać. Bodźce te wywołują na drodze odruchowej zwiększoną energię wymiany materyi i łatwiejsze wessanie produktów patalogicznych. Wskutek zaś znaczniejszego wydzielania się kwasu węglowego (Röhrig i Zunt) oraz mocznika (L. Lehmann i Bönnecke) i zmniejszenia się kwasu fosforowego i moczowego, wywołują one przy wzmożonem łaknieniu i dowozie pokarmów łatwiejsze ich przyswajanie się i energiczniejsze wytwarzanie się nowych części składowych tkanek. Naturalnym skutkiem tego jest ogólne wzmocnienie ustroju i podniesienie się ciężaru ciała. Przez sztuczne dodawanie kwasu węglowego można działanie kąpieli solankowych w pewnym kierunku podnieść; kwas węglowy działa jako bodziec drażniący nerwy skórne, zaznaczający się w swem działaniu przez wzmożone uczucie ciepła i zaczerwienienie skóry, które dozwalają jeszcze bardziej obniżyć ciepłotę kąpieli, i to do 24 a nawet do 22° R. bez wywołania nieprzyjemnego uczucia chłodu. Ten ostatni środek, dla wzmocnienia działania kąpieli solankowych bywa często w Iwoniczu używany.

Kąpiele stosowałem we wszystkich przypadkach zołzów bez względu na wiek (wbrew zdaniu Corneta, że w 1 roku życia kąpieli tych stosować się nie powinno), zwracając tylko uwagę, aby nie stosować ich u chorych bardzo osłabionych i gorączkujących. Zaburzenia jednak ciepłoty dawały tylko powód do chwilowej przerwy kąpieli u moich chorych.

W przypadkach zołzów otrętwiałych stosowałem kąpiele silniejsze, przez sztuczne dodawanie soli iwonickiej i o dłuższem trwaniu, natomiast w zołzach pobudliwych u osób słabych i wrażliwych stosowałem kąpiele słabsze, a więc bez żadnego dodatku soli i o wiele krócej. Ogółem, jak tego przy używaniu kąpieli solankowych wymagają prawidła balneologiczne, starałem się co do siły, ciepłoty trwania, liczby i czynionych przerw jaknajbardziej indywidualizować, kontrolując wszelkie objawy tak podmiotowe jak i przedmiotowe, a szczególnie ciężar ciała.

Kąpieli polecałem zwykle używać przedpołudniem w godzinę po pierwszem śniadaniu, albowiem osoby słabe naczczo źle te kąpiele znoszą; jeśli zaś dla braku miejsca musiały być kąpiele używane po południu, polecałem kąpać się dopiero w 3 lub 4 godziny po obiedzie.

Działanie zawartych w kąpieli związków chloru podwyższałem przez dodawanie soli iwonickiej, podnosząc ilość ich od 1%, jaki w wodach iwonickich się znajduje, do 2% i 3%; silniejszych rozczynów, jak obecnie do 12% polecanych, nie używałem a i te które polecałem, stosowałem dopiero po użyciu pewnej ilości kąpieli słabszych, t. j. bez dodatku soli. Ciepłotę kąpieli regulowałem również według stanu chorych, stosując u niedokrwistych kąpiele cieplejsze do 28° R dochodzące, u pełnokrwistych chłodniejsze ze zniżeniem ciepłoty do 24°. Ciepłotę tę przez dodanie soli lub kwasu węglowego mogłem jeszcze bardziej obniżyć. Czas trwania jednej kąpieli czyniłem również zawisłym od indywidualności chorego, trzymając się zasady, że kąpiele krótsze i chłodniejsze służą do wywołania silniejszej wymiany materyi, dłuższe zaś i cieplejsze do sprowadzenia należytego wessania. Zazwyczaj jednak rozpoczynałem od 5—10 min. i przechodziłem do kąpieli dłuższych 20, 30, a nawet 45 minut trwających. Po kąpieli polecałem, szczególnie dzieciom, wypijać szklankę mleka lub zjadać kawałek chleba z masłem i udawać się bezzwłocznie do domu, aby położyć się do łóżka i przynajmniej godzinę odpocząć. Co do częstości kąpieli kierowałem się wynikami, jakie u poszczególnych chorych zauważyłem; u słabych dzieci stosowałem kąpiele co 3. dzień, u silniejszych co 2, u silnych zaś osób codziennie, czyniąc co 4. lub 5. dzień przerwę. Ogólną ilość kąpieli która u małych dzieci ma wynosić 15—20, u starszych do 30 u dorosłych osób zaś 40, 45 a nawet 50 w sezonie trudno jest czasem przeprowadzić ze względu na ograniczony pobyt chorych w zakładzie kąpielowym, tak że i u swoich obserwowanych chorych najwyżej mogłem zastosować 30 kąpieli, pomimo że stan chorych zezwalał na to, aby i dłużej kąpieli używać bez najmniejszego uszczerbku w korzystnych wynikach leczenia.

Obok kąpieli polecałem wszystkim chorym pijać wodę zdrojową ze źródła Karola w ilości od 15—225·0 po 2 a nawet 3 razy rano na czczo i tak samo po południu w godzinę po podwieczorku. Ze względu na korzystny skład ilościowy soli w wodzie iwonickiej nie polecałem jej rozcieńczać, albowiem wobec większej ilości kwasu węglowego smak jej jest przyjemny i nawet najmłodsze dzieci pijały ją chętnie. W tych przypadkach zaś, gdzie działała ona zanadto drażniąco na błonę śluzową żołądka i jelit, polecałem używać wody ogrzanej przez dodawanie małych ilości gorącego mleka. W ten sposób działanie soli na przewód pokarmowy zostało złagodzone, a przez przyspieszone jej wessanie można było według zapatrywania Brauna wywołać energiczne działanie soli na krew. Solanki te, jak z wyżej wspomnianego ich działania fizyologicznego wynika, usuwają wszystkie lekkie dyspepsye, sprowadzają regularny stolec, podnoszą ogólny stan odżywienia, a przy nieżytach dróg oddechowych rozcieńczają i rozpuszczają wydzielinę. Natomiast małe ilości jodu i bromu zawarte w wodach iwonickich, w stosunku do zwykłych dawek farmaceutycznych, nie mogą w cięższych przypadkach wywołać skutku, chociaż niektórzy badacze są odmiennego zdania, utrzymując że zawarte w solankach związki jodu o wiele łatwiej ulegają wessaniu i działają tym sposobem nie mniej energicznie, niż dawki większe. Ja jednak nie poprzestawałem na tych małych ilościach jodu w wodzie zdrojowej i w tych przypadkach uzupełniałem je odpowiednimi przetworami farmaceutycznymi. I tak w ogólnej skazie zołzowej u dzieci podawałem najchętniej jodferratozę Boehringera z dodatkiem małych ilości arsenu i środków gorzkich jak Extr. Chin. Nanning, Tra Gentianae i t. d., polecając je używać w ilości 7-15 grm. 3 razy dziennie po jedzeniu, u starszych zaś, szczególnie w przebiegu kiły, dodawałem jodek potasu lub sodu, z nowszych zaś środków sajodynę. Nadto wobec miernego powiększenia gruczołów karkowych i szyjnych polecałem chorym miesienie 2 razy dziennie 6% jodwasogenem, obok stosowania okładów wysychających z wody iwonickiej w dzień i gorącego mułu iwonickiego w nocy.

Przy nieżytach nosa i gardła polecałem płukania wodą iwonicką z dodatkiem kwasu borowego (jedną łyżeczkę na szklankę), w cięższych zaś postaciach stosowałem pędzlowanie zapomocą 1% azotanu srebrowego z początku codziennie, później rzadziej. Uważając zaś te wszystkie środki za niedostateczne przy znacznych obrzękach gruczołów, posługiwałem się jeszcze według dawniejszych wskazań Demmego, Richelota i Bradleya wstrzykiwaniami w sam miąższ gruczołowy używając atoksylu zamiast dawno już zarzuconej nalewki jodowej. Ponieważ cierpieniem tem były dotknięte tylko osoby starsze, wstrzykiwałem codziennie po 0·20 atoksylu przy zachowaniu wszelkich prawideł aseptyki i wstrzyknięć takich stosowałem zazwyczaj 20 bez wywołania żadnych, ani miejscowych, ani ogólnych objawów ubocznych.

Przy wytwarzaniu się ropni otwierałem je bezpośrednio po wystąpieniu fluktuacyi, pod opatrunkiem przeciwgnilnym goiły się one potem bardzo szybko.

Przy przewlekłych obrzękach kości i stawów stosowałem obok wymienionych czynników leczniczo-zdrojowych okłady z wody iwonickiej, miejscowe kąpiele borowinowe i okłady z gorącego mułu na noc. Przy istnieniu przetok używałem bardzo mało lapisu, aby nie tamować swobodnego odpływu wydzieliny, a lapisowałem tylko wtenczas, gdy ziarnina silnie bujała. Przetok, jak i wszelkich ran ze-

wnętrznych nie uważałem wcale za przeszkodę do używania kąpieli, gdyż ziarnina wytwarzała się zawsze prawidłowo i raźnie, po użytej zaś kąpieli polecałem zaraz opatrywać rany maścią lapisową z balsamem peruwiańskim. Przy wszelkich przewlekłych sprawach w stawach stosowałem także przyrządy ustalające, i to w ten sposób, aby chorzy mogli chodzić.

Zapalenia pryszczykowe spojówki i rogówki leczyłem po usunięciu atropiny objawów zadrażnienia oka maścią rtęciową precypitatową żółtą lub kalomelem, przyczem nie spostrzegłem, aby kalomel używany równocześnie z wodą jodową wywoływał jakiekolwiek silniejsze zadrażnienie oka.

Wyniki, jakie otrzymałem w jednym sezonie przy takiem leczeniu nie mogą być jeszcze przekonujące, a to z tego względu, że według Corneta i wielu innych badaczy jednorazowe leczenie zdrojowe w zołzach jest niewystarczające i musi być przynajmniej 2 lub 3 razy powtórzone. Do tego chorzy pozostają w sdrojowisku niedługo, zazwyczaj 4—6 tygodni a czas ten stanowczo jest za krótki, aby w cięższych postaciach uzyskać widoczne polepszenie. Chorzy, których obserwowałem, przyjeżdżali do Iwonicza po raz pierwszy, a krótki pobyt wobec częstych w r. 1908 deszczów i ochłodzenia się ciepłoty nie dozwolił użyć więcej niż dwadzieścia i kilka kąpieli, jak również ograniczał stosowanie innych czynników leczniczych, podczas gdy Rabl z Hall zaleca przy zołzach użyć do 60 kąpieli w czasie 12-tygodniowego pobytu w zdrojowisku.

Pomimo tych niedostatków, były wyniki już tego jednego i to krótkiego leczenia szczególnie przy ogólnej skazie zołzowej bardzo pomyślne, gdyż dzieci nabierały siły, zdrowego wyglądu wskutek znacznej poprawy apetytu, trawienia i snu. Ciężar ciała znacznie wzrastał tak, że przy końcu leczenia waga podnosiła się o 1—2 kilogr., usposobienie stawało się o wiele żywsze, chęć do przechadzek i ruchu na świeżem powietrzu o wiele wzrastała i ogółem całe jestestwo fizyczne i duchowe leczonych dzieci przeobrażało się w korzystnym kierunku.

Zmiany chrobowe w postaci bladości powłok skórnych i widocznych błon śluzowych, oraz przewlekłe nieżyty górnych dróg oddechowych ustępowały w znacznym stopniu a powiększone gruczoły limfatyczne zmniejszały się tylko do połowy lub $^1/_3$ części z zupełnem ustąpieniem wszelkich dolegliwości. Przypadki te przeto, jak przyjąć należy zostaną zupełnie wyleczone, jeśli leczenie zdrojowe się powtórzy. Te same przypadki oczne uległy zupełnemu wyleczeniu, jak niemniej dwa przypadki nacieków w jądrach u chłopców liczących lat 6 i 7, u których pod wpływem tak ogólnego, jak i miejscowego leczenia nastąpiło zupełne wyleczenie. Natomiast przy dużych obrzękach gruczołów limfatycznych pomimo leczenia ogólnego i miejscowego, jak również i wstrzykiwań atoksylowych nie mogłem doprowadzić do zupełnego ustąpienia obrzęku, i tylko zdołałem uzyskać zmniejszenie gruczołów do jednej trzeciej i jednej czwartej pierwotnej wielkości.

Z przypadków gruźlicy stawów spostrzegałem jeden w postaci świeżej, od 7 miesięcy trwającej z lekkiemi wieczornemi podniesieniami ciepłoty, bolesnością obrzęku, miejscami zaczerwienioną skórą i licznemi przetokami obficie ciecz ropiastą wydzielającemi. Pozostałe przypadki zmian stawów o charakterze wybitnie przewlekłym, od 2—3 lat trwające przedstawiały mało bolesny obrzęk bez żadnych przetok i z unieruchomieniem odpowiedniego stawu. W przypadku pierwszym osiągnąłem pod wpływem leczenia iwonickiego tak korzystne wyniki, że historys choroby owego dziecka chcę przytoczyć szczegółowo.

E. D. 4 lata mająca, pochodzi z rodziców zdrowych, jednak w dalszej rodzinie zołzów wyłączyć nie można. Żadnych chorób zakaźnych nie przebywała.

Choroba obecna rozpoczęła się z końcem września 1907 bezpośrednio po upadnięciu dziecka, jako obrzęk surowiczy kolana lewego, do którego w 2 tygodnie później przyłączyło się zapalenie stawu z wysoką gorączką. Wówczas ordynujący lekarz wykonał nakłucie stawu kolanowego, lecz w 2 miesiące później wystąpiło ropne zapalenie stawu, z powodu którego wykonano artrotomię 12. II. 1908. Stan chorego dziecka nieco się poprawił, gorączka zmniejszyła się, lecz staw kolanowy pozostał obrzękły, w kilku miejscach otworzyły się przetoki, wydzielające ciecz ropiastą i dziecko w o żywieniu bardzo podupadło. W tym stanie przybyła chora do Iwonicza. Leczenie tamże polegało na piciu wody zdrojowej 2 razy po $^1/_4$ szklanki rano i wieczór, stosowaniu kąpieli mineralnych o 28° R i 15-minutowem trwaniu z przerwą co 3 dzień, przez pierwsze 4 tygodnie czystych, a następnych 6 tygodni z dodatkiem $^1/_2$ kilogr. soli iwonickiej. Obok tego zakładałem codziennie opatrunki z maści lapisowej z balsamem peruwiańskim, a noga dziecka umieszczona była w szynie ustalającej.

Wkrótce stan ogólny dziecka i zmiany miejscowe zaczęły się znacznie poprawiać, gorączka ustąpiła, dziecko nabrało apetytu, ciężar ciała się podnosił, policzki i widoczne błony śluzowe zarumieniły się, a obrzęk kolana zmniejszył się, zaczerwienienie skóry ustąpiły i bolesność znikła, przyczem przetoki wydzielały ciecz więcej śluzową. Chora przy stale postępującej poprawie po 5 tygodniowym pobycie w Iwoniczu zaczęła chodzić, a po ukończeniu leczenia zdrojowego, które trwało 10 tygodni (przez ten czas obok picia wody zdrojowej użyła chora 15 kąpieli mineralnych czystych, a 20 kąpieli z dodatkiem soli iwonickiej) wyjechała w celu dalszego leczenia do kąpiel morskich w Grado. Badanie przedmiotowe w tym czasie wykazało wzrost ciężaru o 1 kilogr. zmniejszenie się obrzęku stawu kolanowego o 3 cm., znaczne zmniejszenie się bolesności i wydzieliny z przetok, która przybrała charakter więcej śluzowy. Po 6-tygodniowym leczeniu w Grado, jak z nadesłanych mi przez rodziców wiadomości wynika, poprawa stanu dziecka postępuje dalej.

W pozostałych przypadkach zmian stawów osiągnąć mogłem tylko przy zastosowaniu wszelkich sposobów leczenia z wykonywaniem ruchów biernych nieznaczną poprawę w postaci zmniejszenia się obrzęków od 3—5 cm. i małego uruchomienia stawu. Czas leczenia zdrojowego takich przewlekłych cierpień był stanowczo za krótki do osiągnięcia lepszych wyników, które dopiero po kilkakrotnem powtórzeniu leczenia zdrojowego można będzie uzyskać. Chorym tym polecałem po ukończeniu leczenia zdrojowego używać bez przerwy opatrunków ustalających i odsyłałem ich pod dalszą opiekę lekarską do lekarzy domowych i specyalistów. Lepsze już wyniki osiągałem w przypadkach gruźlicy kości, albowiem pojedyńcze ogniska chorobowe, szczególnie w przypadkach świeżych, ulegały wessaniu, oczyszczały się i miały skłonność do gojenia się z pozostawieniem blizn lub prawidłowej ziarniny i tylko ogniska głęboko leżące, do których z powodu uporu chorych nie można było drogą operacyjną uzyskać łatwiejszego przystępu nie wygasały, jednakże i one ulegały o tyle polepszeniu, iż wydzielina stawała się skąpszą, przybierała charakter więcej śluzowy, i bolesność znacznie się zmniejszała. Dodać należy, że w przypadkach tych posługiwałem się i lekkimi zabiegami chirurgicznymi, mającymi na celu usunąć produkta chorobowe i oczyszczać rany z nadmiernie wybujałej ziarniny, jak wyskrobywaniem, przyżeganiem lapisem i t. d.

Co do wyników leczenia zołzów w innych zdrojowiskach, to według Montiego w Bad Hall odsetek wyleczonych wynosi 63%, z poprawą 33·2%, w Sulzbach 78·9% wyleczonych, a reszta z poprawą. Wyniki moje oceniam na 74·6% wyleczonych, a reszta czyli 25·4% z poprawą, są więc one mniejwięcej takie same.

Oceny i sprawozdania.

Dr Stanisław Kopczyński: **Szkice higieniczno-wychowawcze.** (Z dziedziny higieny domowej i szkolnej). Warszawa, 1911. Nakład księgarni St. Sadowskiego, str. 230.

Nieczęsto trafia się książka, którąby była zarazem do-

brą książką popularną i książką, z której także czytelnik-lekarz odnieść może niejedną korzyść i poczerpnąć podniety do rozważenia niejednej ważnej sprawy. Do takich książek zaliczyć należy »Szkice higieniczno-wychowawcze« Dra Kopczyńskiego. Jasne i dostępne przedstawienie przedmiotu, styl wszędzie gładki, a w niektórych szkicach żywy i wcale barwny, powinnyby dziełku zapewnić szerokie rozpowszechnienie wśród rodziców i wychowawców; wśród lekarzy znów zdolne są »Szkice« Dra Kopczyńskiego obudzić zajęcie przez to, że kładą one nacisk na wychowawczą rolę lekarza, że zwracają jego uwagę na zadania pedagogiczne, których nie może on w swej działalności uniknąć i które musi chcąc nie chcąc rozwiązywać, nawet jeżeli nie jest lekarzem szkolnym, a cóż dopiero, jeśli nim jest, lub jeśli przynajmniej ma wśród swej klienteli dużo młodzieży. O tej stronie zawodu lekarskiego nie dowie się lekarz ani w czasie studyów, ani z czasopism i dzieł lekarskich, czytanych po ich ukończeniu; staje ona przed nim dopiero w życiu praktycznem, narażając nietylko jego samego na wątpliwości, ale także, o ile nie jest obdarzony pewnym samorzutnym zmysłem wychowawczym, na mimowolne, niemniej jednak szkodliwe błędy w postępowaniu z młodocianymi chorymi i w udzielanych rodzicom radach i wskazówkach. Otóż gdyby książka Dra Kopczyńskiego nie zdziałała nic więcej, jak tylko gdyby zachęciła lekarzy do zapoznania się bliższego z nauką o wychowaniu, jużby pożytek jej był znaczny, zwłaszcza wobec niezbyt obfitej w tym kierunku literatury naszej.

Książka Dra Kopczyńskiego jest zbiorem luźnych artykułów, ogłaszanych przez autora w ostatniem dziesięcioleciu. Dotyczą one następujących przedmiotów: wpływ bicia dzieci na ich zdrowie i charakter, przedwczesna nauka, nerwowość młodzieży szkolnej, nauczanie higieny w szkołach średnich, stanowisko i zadanie lekarza szkolnego, choroby zakaźne a szkoła, oświetlenie w szkołach, znużenie serca i wyczerpanie nerwowe, nerwowość i lektura, szkoły dla dzieci słabo uzdolnionych, nerwowość a szkoła, praca zarobkowa młodzieży szkolnej (artykuł bardzo godny uwagi wobec coraz częstszego w Galicyi zgłaszania się młodzieży do pracy fizycznej w czasie wakacyi), rady dla matek i t. p. Jak już z tego wyliczenia widać, poszczególne ustępy dziełka są rozmaitej doniosłości; rozmaicie też są opracowane. Jest to o tyle zaletą, że lektura niedługich, w sobie zamkniętych rozprawek jest łatwiejsza, co w popularyzowaniu ma wielką wagę; wadą zaś są pewne powtarzania się, które w artykułach, drukowanych oddzielnie, w ciągu szeregu lat, mogły być nawet potrzebne, ale w wydaniu książkowem należało usunąć. Zresztą może i powinno to nastąpić w dalszych wydaniach, na które książka Dr Kopczyńskiego niedługo chyba poczeka. Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

C. G. Santesson. **Uwagi o znoszeniu trucizn, żądzy trucizn i objawach przy abstynencyi.** (Skandin. Archiv f. Physiol. T. 25. Z. 1—3). Ponieważ przyzwyczajenie się ustroju do trucizn (n. p. morfiny) sprawia tylko niewystępowanie objawów ostrego zatrucia, nie przeszkadza natomiast występowaniu zatrucia przewlekłego, więc autor twierdzi, że przyzwyczajenie się do trucizn i zwiększone ich znoszenie (tolerancya) nie mogą polegać na wzmożonem spalaniu trucizny przez tkanki, jak to wielu utrzymuje. Zdaniem S. należy szukać najważniejszej przyczyny przyzwyczajenia się do trucizn w tem, że tkanki coraz prędzej, zupełniej i w coraz większej ilości wiążą truciznę i to tak, że trucizna nie może więcej wywoływać objawów ostrego zatrucia. Wiązanie trucizny może się dokonywać albo w narządach swoiście wrażliwych na daną truciznę, albo w niewrażliwych. O ileby wiązanie to następowało w narządach swoiście wrażliwych, n. p. morfiny w mózgu, to zapewne powstawanie, względnie istnienie związku trucizny z komórką stanowi przyczynę swoistego ostrego działania trucizny. Z chwilą ustania działania trucizny komórka, wiążąca truciznę, wraca do stanu prawidłowego. Nie następuje to przy zatruciu przewlekłem, gdzie komórka, pozostając ciągle pod działaniem trucizny, przechodzi niejako w stan ciągłego nasycenia trucizną i przystosowuje się z czasem do wykonywania swych czynności w obecności trucizny. Czynność ta może potem wprost wymagać obecności trucizny. Stąd objawy, występujące przy nagłem odcięciu dopływu trucizny do ustroju (Abstinenzsymptome). Żądza trucizny, która wywołuje ciągłe podwyższanie dawki, wprowadzanej do ustroju, występuje tylko przy tych truciznach, przy których użyciu przyjemność polega na występowaniu w lekkim stopniu objawów ostrego zatrucia. Ponieważ jednak ustrój w miarę przyzwyczajania się do trucizny wiąże coraz większe jej ilości, nim przychodzi do ostrego zatrucia, więc koniecznem jest zwiększanie dawki dla uzyskania skutków, otrzymywanych zapomocą dawniejszej dawki.

Henryk Wachtel.

Pochhammer. **O powstawaniu przykostnej (parostal) kostniny i o sztucznem wytwarzaniu jej u zwierząt i u człowieka.** (Arch. f. klin. Chirurgie 94. II.). P. wkładał okostnę z uda królików między mięśnie i osiągał przytem tworzenie się kostniny, ale tylko wtedy, gdy na okostnę kładł skrzepy krwi. Natomiast agar-agar, żelatyna, jod, nie pobudzały okostnej do wytwarzania kostniny. Zdaje się, że główne działanie ma tu włóknik. Tworzenie się więc kostniny zależy, zdaje się, od zranienia części miękkich i wytworzenia się w miejscu złamania włóknikowych mas, (gdzie skrzętnie usuwa się i tamuje krwawienie, goją się kości nieraz bardzo źle. Przyp. sprawozd.). Wyniki doświadczalnych badań zastosował P. praktycznie u 30-letniej kobiety, która doznała powtórnego złamania w 7 tygodni po złamaniu kości goleni. Przystąpiono do szwu kostnego, poczem miejsce zeszyte pokryto skrzepami krwi. W 5 tygodni potem bardzo obfita kostnina w tem miejscu.

K.

Medycyna wewnętrzna.

Siemionow. **Wartość porównawcza spółczesnych sposobów wykrywania prątków gruźliczych i ich barwienie.** (Ruskij Wracz 1911, Nr 11). Autor brał do swoich doświadczeń 80 ct. sz. moczu, zawierającego prątki gruźlicze i dzielił go na 4 równe części; każdą z 4 części badał innym sposobem, a mianowicie: 1) metodą Uhlenhutha, 2) Ellermann-Erlandsena, 3) Langego i Nitschego i 4) A. Kozłowa. Wnioski następujące:

1) Najlepsze wyniki dała metoda Ellermann-Erlandsena: Do badanego moczu dodaje się 4 części 0,25% rozczynu sody i 0,15—0,5 pankreatyny; mieszaninę wstawia się na 24 godzin do cieplarki i następnie, po dokładnem odwirowaniu, osad gotuje się z 4 częściami 0,25% ługu sodowego, znowu odwirowuje się i z osadu robi się preparaty.

2) Bardzo szybkie i równie prawie dobre wyniki daje sposób A. Kozłowa: Na 5 ct. sz. badanego moczu dodaje się 1 ct. sz. antyforminy i mieszaninę zostawia się na $^1/_2$ godziny dla dokładnej homogenizacyi, następnie dodaje się podwójną ilość wody dla obniżenia ciężaru gatunkowego i także jak moczu ilość eteru siarczanego aa z acetonem. Po dokładnem wymieszaniu w ciągu 5 sekund zostawia się płyn w spokoju. Płyn dzieli się na 3 części; górną z eteru, środkową z bakteryi i dolną z wody, antyforminy i acetonu. — Bada się część środkową. (Tęż metodę poleca A. Kozłow i dla badania plwociny co do prątków gruźliczych. Przyp. sprawozd.).

3) Dla barwienia prątków gruźliczych radzi autor zawsze używać dwu sposobów Gassisa i Gram — A. A.

Kozłowa. Barwnik Gram — A. A. Kozłowa przygotowuje się tak: Do 1,0 fioletu goryczkowego (Gentianaviolet), roztartego w moździerzu z 6,0 kwasu karbolowego (ac. carbol. liquefact.) dodaje się ciągle mieszając 40,0 gliceryny i 100,0 wody przekroplonej. Utrwala się preparat zwykłym sposobem, barwi się w ciągu 50—60 minut w przesączu mieszaniny 2 części barwnika z 3 częściami wody, następnie w ciągu 15—20 sekund działa się płynem Lugola i po obmyciu wodą barwi się dlą kontrastu 1·1000 safraniny w ciągu 2—3 sekund. A- Modrzewski.

Bezançon i Sorbonnes. **O skokach w rozwoju gruźlicy płuc.** (Paris méd. 1911, Nr 6). Gruźlica rzadko miewa przebieg ciągły. Częściej bywa on przerywany, z okresami zaostrzania się sprawy i okresami spokoju. Autorowie zajmowali się przez szereg lat szczegółowem śledzeniem całokształtu zjawisk, zachodzących podczas tych zmiennych okresów, a mianowicie śledzili przebieg ciepłoty, stan wagi ciała, skład moczu, stosunek wzajemny krwinek białych, oraz zachowanie się odczynów biologicznych. Dochodzą oni do wniosku, że pojmowanie pewnych przejawów jako istotnych objawów rozwijającej się gruźlicy, innych natomiast jako powikłań lub tylko jako odmian gruźlicy, jest błędne, gdyż te epizody należy pojmować jako ostre podskoki w przebiegu przewlekłego zakażenia gruźliczego, które ma, ich zdaniem, wybitny charakter cykliczny. Taki charakter posiada według spostrzeżeń B. i S. przebieg gorączki. Zupełnie równolegle do ciepłoty zachowuje się krzywa parcia tętniczego, które przy podniesieniu się ciepłoty zwykle się równocześnie obniża, a w okresach spokoju na nowo się podnosi. Fazom podskoków sprawy gruźliczej odpowiadają okresy czasowego zatrzymywania się chlorków w ustroju, z następowem nadmiernem wydzielaniem się ich wśród nadmiernego wydzielania moczu. Najstalszym objawem jest okresowe zachowanie się wagi ciała, która się zwykła podnosić, już zanim ciepłota zacznie spadać. Stosunek wzajemny krwinek białych również ulega zmianom, gdyż podczas podskoków występuje przez krótki czas nieznaczna leukocytoza, połączona z polynukleozą, rychło ustępując miejsca mononukleozie. Natomiast spadkowi ciepłoty towarzyszy eozynofilia. Odczyny biologiczne, aczkolwiek nieco znaczniej się wahają, mają zazwyczaj swój szczyt ku końcowi podskoków lub w okresie poprawy sprawy gruźliczej. Objawy fizyczne ze strony płuc i opłucnej, oraz zmiana plwocin przypada na okresy podskoków. Przy ocenianiu gruźlicy, a zwłaszcza przy rokowaniu możemy popełnić znaczne błędy, o ile uwzględniamy wyłącznie tylko zmiany miejscowe z pominięciem ogólnego przebiegu i zachowania się podskoków. Już bowiem n. p. sam fakt, że u danego chorego między podskokami są długie przerwy, połączone z zupełnem uspokojeniem się sprawy gruźliczej, pozwala zdaniem B. i S. pomyślnie rokować, a szczegółowe spostrzeżenia umożliwiły im zestawienie różnych typów gruźlicy ze względu na rokowanie.

Dr Blassberg.

Schubert. **Leczenie białaczki promieniami Rönt gena.** (Tow. lek. Drezno 1910, XII.). Leczenie białaczki promieniami Röntgena jest bezwarunkowo uzasadnione, bo skutek bezpośredni jest zwykle bardzo dobry. Niestety nie można powiedzieć, by skutek był zawsze stały i by leczenie to wolne było od niebezpieczeństw. Dotąd opisano 531 przypadków tego leczenia. S. stosował to leczenie w czterech przypadkach. W jednym rentgenizacya pozostała zupełnie bez skutku, w drugim nastąpiło trwałe wyleczenie, a w trzecim i czwartym bezpośredni skutek był znakomity, ale chorzy zmarli (do roku), jeden z niewiadomej przyczyny, drugi na biegunki. Zwykle śledziona zmniejszała się szybko; podobnie i liczba ciałek białych. — W dyskusyi podaje Rostowski, że leczył 5 przypadków ze skutkiem dość dobrym. Ciekawą jest rzeczą, że »606« pogarsza nieraz białaczkę. — Hartung leczył 9 przypadków. W dwóch nie było żadnego wogóle skutku. Powinno się używać dawek niewielkich (twarde lampy, 45—50 cm odstępu, filtr ze skóry, 6 mm gruby). Zwłaszcza wieczorem używać należy małych dawek, by liczba ciałek białych nie spadała nagle. Ogółem stosować należy naświetlanie przez 800—2000 minut. Wyniki trwałe są jednak wogóle wątpliwe. K.

Oskar Adler. **Lewulozurye.** (Pflügers Archiv f. Phys. T. 129. Z. 1—3). Autor wyosabnia z dotychczasowego piśmiennictwa sześć przypadków czystej »przewlekłej lewulozuryi«, której pojęcie ustala, i podaje opis przypadku (siódmego), przez siebie spostrzeganego. Jest to choroba zdarzająca się bardzo rzadko. Na 7726 przypadków, badanych w Karlsbadzie, tylko w dwu wykazano »przewlekłą lewulozuryę«. Objawy przy przewlekłej lewulozuryi (oprócz występowania lewulozy w moczu) podobne są w pewnych przypadkach do objawów cukrzycy zwyczajnej: osłabienie, suchość w ustach, gwałtowne pragnienie i t. p. W przypadku autora brat chorej cierpiał na cukrzycę, ojciec przebył chorobę wątroby. U samej chorej jest znaczne powiększenie i bolesność wątroby. Zdaje się, że przez 28 lat u tej chorej wydziela się lewuloza w moczu. Patogeneza choroby ciemna; może gra tu rolę dziedziczność. W przypadku autora pozostaje może lewulozurya w związku ze zmianą w wątrobie, tembardziej, że swego czasu stwierdził H. Strauss, iż przy chorobowo zmienionej czynności wątroby występuje lewulozurya pokarmowa (laevulosuria alimentaris). — Nigdy nie spostrzegano przy lewulozuryi przewlekłej występowania w moczu kwasów β-oksymasłowego i acetooctowego lub acetonu. Rokowanie, zdaje się, jest dobre. Chora autora zmarła, mając lat 73. Leczenie podobne, jak w zwykłej cukrzycy. Autor podkreśla niepewność próby Seliwanowa co do lewulozy, o ile ta próba nie jest wykonywana w sposób przezeń przedtem opisany, a polegający na wypędzeniu z moczu kwasu azotowego przed dodaniem resorcyny. Kwas ten wytwarza się w moczu przy staniu i daje w małych ilościach sam ten odczyn.

Henryk Wachtel.

Położnictwo i ginekologia.

H. Füth. **O leczeniu krwawień niepowikłanych, w szczególności o doszczętnem usunięciu krwawień przekwitowych (klimakterycznych) i przedprzekwitowych za pomocą odcięcia trzonu macicy drogą pochwową.** (Arch. f. Gyn. tom 92, zesz. 1). Badania lat ostatnich wykazały, że tak częste krwawienia w okresie przejściowym nie zależą ani od zmian w mięśniu lub śluzówce macicy, ani też od zmian w ścianach naczyń macicznych, lecz prawdopodobnie od zaburzeń w równowadze różnych gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem (jajniki, nadnercza, przysadka, gruczoł tarczowy), a w szczególności od niedostatecznej czynności jajników. Za przyczyny usposabiające należy tu uważać przewlekłe zaparcie stolca, »coitus interruptus«, zmienione własności krwi. Nic też dziwnego, że przy takich krwawieniach niepowikłanych, bo nie pozostających w związku z żadnemi zmianami, łagodnemi czy złośliwemi, ani z zapalnemi, stosowanie jedynie tylko leczenia miejscowego, szczególnie skrobanie pozostaje często bez skutku. Autor widział bardzo dobre wyniki po nacinaniach (skaryfikacyach) części pochwowej, wykonywanych przez 2—3 dni przed regularnością, przyczem wypuszczał 1—2 łyżek krwi. Po takich upustach ustają najczęściej zupełnie lub zmniejszają się znacznie dolegliwości w czasie regularności. jakoteż krwawienia stają się mniejsze i krócej trwają. Równocześnie należy zastosować odpowiednią dyetę celem uregulowania stolca i zabiegi hydropatyczno-fizyczne. Prócz powyższych krwawień, będących następstwem przekrwienia narządów miednicy, występują inne, gdzie za przyczynę należy przyjąć przypadłości nerwowe. Takie przypadki leczy autor ze skutkiem tylko zaleceniem spokoju i podawaniem digalenu w połączeniu z przepisami fizyczno-dyetycznymi. Działanie digalenu tłómaczy autor wpływem tego środka na osłabiony w takich przypadkach, mięsień sercowy i układ naczyniowy, które mogą być przyczyną zaburzeń w krążeniu. Trzeci rodzaj krwawień odnosi

się do takich przypadków, gdzie poprzedzające skrobanie napewno wyłączyło zmiany złośliwe, a krwawienia mimo to ciągle się powtarzają, przyczem krew jest cienka, wodnista, tak że należy przypuścić zmiany krzepliwości krwi. W takich przypadkach poleca autor podskórne wstrzykiwania żelatyny, codziennie lub co drugi dzień, albo podawanie jej wewnętrzne w rozczynie 5%, albo wreszcie do odbytnicy również w rozczynie 5% w ilości 250—300 500 gr. dziennie. Pozostaje jeszcze czwarty rodzaj krwawień, opierający się stale wszelkiemu leczeniu. Dotyczą one kobiet, najczęściej z klasy robotniczej, które przechodziły liczne porody, nie szanowały się nigdy i w ten sposób nabyły w ciągu lat skłonności do krwawień, występujących szczególnie w okresie przejściowym. Ogólne wyniszczenie ustroju dochodzi u takich kobiet do takiego stopnia, że celem uzyskania zdolności do pracy muszą się one w końcu poddać zabiegowi doszczętnemu. W tym celu stosowano dotychczas całkowite wyjęcie macicy przez pochwę. Ponieważ jednak właśnie ogólny stan niedokrwistych tych kobiet wymaga, aby operacya trwała jaknajkrócej i aby przy niej jak najmniej krwi straciły, polecił Rieck inny zabieg, który nazwał »amputatio uteri transperitonenalis supravaginalis«, a dla którego autor proponuje nazwę krótką »amputatio vaginalis corp. uteri«. Technika operacyjna jest następująca: Otwarcie przedniego fałdu otrzewnego, przez który wyciąga się trzon macicy, poczem przyszywa się natychmiast otrzewnę pęcherza moczowego do tylnej ściany szyjki macicy, zamykając w ten sposób znowu jamę brzuszną. Następnie podwiązuje się i przecina jajowody, więzadło jajnikowe i szerokie i obszywa się kikuty. W końcu odcina się klinowato trzon macicy w wysokości ujścia wewnętrznego, zaszywa powierzchnię ranną kikuta i ścianę pochwy, zostawiając w jednem miejscu wązki sączek z gazy, który wyjmuje się na drugi dzień. Zaletami tej operacyi są: łatwiejsza technika, krótszy czas trwania, (ubywa wyjęcie szyjki), mniejsza utrata krwi i operowanie zewnątrzotrzewne. Ze względu na słuszny zresztą zarzut, że w pozostawionej szyjce może się później wytworzyć rak, należy zawsze strzępy, otrzymane przy ostatniem skrobaniu leczniczem, poddać badaniu histologicznemu, jakoteż dokładnie obejrzeć odcięty trzon macicy. E. Ehrenpreis.

T. N. Iljin. **Odurzenie skopolaminowo-morfinowe w położnictwie (na zasadzie 67 przypadków).** (Russkij Wracz. 1911 Nr 12). I. stosował kruszanki Parke-Dawisa po 0,00065 skopolaminy w rozczynie świeżym; morfinę wstrzykiwał osobno. Rozpoczynano wstrzykiwania w okresie porodu wstępnym: u wieloródek przy rozwarciu ujścia macicy na 2 palce, u pierwiastek zaś przy rozwarciu na 3 palce. Pierwszy raz wstrzykiwano zwykle 0,0003 skopolaminy i 0,01 morfiny, następnie co godzinę lub rzadziej po 0,00015 skopolaminy bez morfiny. Jeśli działanie leku było niedostateczne, wstrzykiwano powtórnie 0,0003 skopolaminy. Na ogół dawki wahały się pomiędzy 3,0 i 16,5 decimiligr. skopolaminy. Na 67 przypadków (40 pierwiastek i 27 wieloródek) stwierdzono w 45 przypadkach (59%) utratę pamięci, mniej lub więcej wyraźną. Sen spostrzegano w 38 przypadkach; sen z utratą pamięci w 32 przypadkach, bez utraty pamięci w 6 przyp. Bredzenie wystąpiło 5 razy: w 4 przypadkach w lekkim stopniu, w 1 zaś nie było wcale świadomości (w tym przypadku wstrzyknięto 9 dcmlgrm. skopolaminy). W 3 przypadkach były wymioty i nudności, w 1 silne osłabienie. Prawie zawsze zauważano wzmożone pragnienie i uczucie suchości w gardle i krtani. Zaczerwienienie, a czasami siność twarzy występowały w 75%, (w tych przypadkach wstrzyknięto więcej, niż 4,5 dcmlgrm. skopolaminy). Ilość uderzeń tętna zmieniała się nieznacznie, o 6—10 uderzeń. Nieprawidłowości działalności serca nie spostrzegano ani razu. W 6 przypadkach nastąpiło osłabienie bolów porodowych; w 2 przyp. stosowano zabieg Kristellera, a w 4 trzeba było zaniechać dalszego stosowania skopolaminy. Kleszcze nałożono raz przy porodzie bliźniaczym. Poważnych zaburzeń w czasie porodu lub w okresie poporodowym nie zauważono ani razu. W 36 przypadkach porody odbyły się bez najmniejszego bolu, w 25 bole były nieznaczne; w 6 przyp. skopolamina nie wywarła prawie żadnego skutku. W 1 przypadku dziecko urodziło się z oznakami zamartwicy, wkrótce jednak wróciło do stanu prawidłowego. Wszystkie inne dzieci urodziły się zupełnie zdrowe. Na ogół I. jest zupełnie zadowolony z działania skopolaminy i uważa ją za nieszkodliwą zarówno dla matki, jak i dla dziecka; radzi jednak zachować pewne ostrożności; stosując ten środek lekarz powinien być obecny przy położnicy od początku do końca. M Pietkiewicz.

N. Jemieljanow. **Przypadek dziesiątej ciąży u kobiety z macicą podwójną** (uterus duplex separatus cum vagina duplice separata). (Żurnał akusz. i żenskich bol. 1911 marzec). O. G., Rosyanka, 45 l., zjawiła się do J. ze skargą na bole brzucha i wypieranie ze szpary sromowej jakiegoś ciała, które przeszkadza w chodzeniu. Chora zaczęła miesiączkować w 14. roku życia. Miesiączki były prawidłowe, niebolesne, trwały po 6 dni. Pierwszy poród, przedwczesny (w 6. miesiącu ciąży), odbył się w 13 (!) roku życia. 8 następnych porodów chora przebywała pomyślnie. Ostatni poród, dziewiąty, odbył się 7 lat temu. Spółkowanie było czasami bardzo bolesne. Chora miesiączkowała prawidłowo, ostatni raz przed 9 miesiącami. J. znalazł ciążę w 10. miesiącu. Ze szpary sromowej wypukła się chrząstkowata przegroda pochwowa. Wchód do pochwy lewej, znacznie rozszerzony, łączy się z częścią pochwową macicy ciężarnej. Wchód do pochwy prawej, otoczony naddartą błoną dziewiczą, przepuszcza z trudnością 2 palce. W głębi pochwy prawej wyczuwa się szyjkę maciczną małych rozmiarów. Poród odbył się prawidłowo. Po porodzie J znalazł 2 oddzielne macice. Macica prawa była wielkości orzecha włoskiego; do kanału macicznego nie udało się wprowadzić zgłębnika. Z wywiadów wyjaśniło się, iż w czasie ciąży ostatniej, jak również i poprzednich, chora miewała nieobfite krwawienia maciczne, trwające 1—2 dni (miesiączki, pochodzące z macicy prawej?). M. Pietkiewicz.

Dermatologia i syfilidologia.

Wersiłowa. **Badania doświadczalne nad działaniem salvarsanu.** (Russkij Wracz, 1911, Nr 12). Badania, przeprowadzone u myszy i królików, dały wyniki następujące: 1) Salvarsan pozostaje na miejscu wstrzyknięcia pod skórę od 7—10 dni, w razie zaś odgraniczenia się nacieku może być w nim wykryty nawet po miesiącu. 2) Zgorzel na miejscu wstrzyknięcia występuje dość często, czasem nawet po 2—3 tygodniach. 3) Owrzodzenia, tak zwykłe, jak i wywołane przez bakterye ropotwórcze, goją się pod wpływem »606« nierównie prędzej, niż bez stosowania tego środka. (To gojące działanie »606« spostrzegała autorka tylko u myszy. Przypisek sprawozdawcy). Z. Gilewicz.

Wassermann i Ledermann. **O próbie zastosowania do praktyki odporności miejscowej.** (Medizin. Klinik, 1911 Nr 13). Wiemy obecnie, że możemy uzyskać w ustroju nietylko ogólną, ale i miejscową odporność, np. spojówki, jelit i t. p. W. pragnął to zużytkować do leczenia miejscowych spraw zakaźnych, stosując zewnętrznie na chore miejsca wyciąg z gronkowców w żelatynie, t. zw. histopin. Ledermann przeprowadził kliniczne badania nad tym środkiem, stosując 25—50% maść histopinową (z lanoliną) przy uporczywej czyraczności i liszajcu zaraźliwym (impetigo contagiosa). Wyniki były zachęcające; zwłaszcza działa nowy środek wybitnie hamująco na nawroty i tworzenie się nowych ognisk w okolicy czyraków K.

VII. Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem od dnia 1. stycznia 1910 do dnia 31. grudnia 1910 włącznie

ułożyli

Dr Kazimierz Dłuski, dyrektor Zakładu. **Dr Stefan Rudzki,** I. asystent.

Sprawozdanie obecne, zgodnie z zasadami, przyjętemi w poprzednich latach, podajemy w streszczeniu w dwóch tablicach:

I. Ruch chorych i II. Wyniki leczenia.

Tab. I. obejmuje całą liczbę chorych w ciągu 1910 r.

Tab. II. — tylko tych chorych, którzy się leczyli conajmniej 30 dni, a więc nie wchodzą do niej ci, którzy przybyli już do Zakładu po 1 grudnia 1910; wejdą oni do następnego sprawozdania, o ile czas ich leczenia wyniesie conajmniej 30 dni.

Ogólna liczba chorych w 1910 r. wynosi 373; z niej zaś Polaków było 302, Rosyan 44, Rusinów 12, Francuzów, Niemców, Węgrów, Gruzinów, Czechów, Słowaków po 2, Morawian, Bułgarów, Tatarów po 1.

Tab. II. obejmuje tylko 334 chorych; nie wchodzi do niej bowiem 47 chorych, którzy leczyli się mniej, niż 30 dni.

Nadmienić wypada, iż w liczbie 334 chorych, stanowiących przedmiot sprawozdania lekarskieego, mamy 47 osób, które leczyły się w Zakładzie po raz drugi, 16 osób po raz trzeci, wreszcie 6 osób, z których 3 odbyły czwarty, a 3 — piąty kurs leczenia.

Metoda higieniczno-dyetetyczna, stosowana w naszym Zakładzie, była tak obszernie omawiana w poprzednich sprawozdaniach i tak jest powszechnie znana w świecie lekarskim, że bliżej nad nią zatrzymywać się nie będziemy.

Wiadomo również z poprzednich sprawozdań, że przeszło od lat 4, jako środek pomocniczy, stosujemy swoiste leczenie, w postaci tuberkuliny Beranecka (TBK), trzymając się w ogólnych zarysach metody Sahliego. O wynikach wstrzykiwań TBK u 53 chorych w ciągu 1910 r. mówić tu nie będziemy, gdyż sprawa ta jest zbyt zawikłana, aby dała się streścić w kilku słowach. Wyniki stosowania TBK w ciągu $2^1/_2$ lat (od 1. I. 1907 do 1. VII. 1909) były ogłoszone w »Przegl. Lekarskim« Nr 23 1910 r. Wspomnieć należy, że uważając metodę higieniczno-dyetetyczną, — (t. j. jaknajszersze używanie świeżego powietrza, odpowiednie odżywianie, oraz spokój fizyczny i psychiczny) — za podstawę leczenia, nie zapominamy o lekach, w celu złagodzenia różnych objawów chorobowych. Stosujemy więc czasem środki przeciwgorączkowe, chociaż w przeważającej części przypadków i to nawet u ciężko chorych, leżenie w łóżku przy otwartych oknach — jak wskazuje kilkudziesięcio-letnia praktyka w sanatoryach zachodnich — samo przez się reguluje ciepłotę. Zachodzi czasem jednak potrzeba uciekania się do pyramidonu, aspiryny, fenacetyny, kryogeniny i t. d., i t. d., zwłaszcza, gdy podniesienie ciepłoty przypada w chwilach spożywania pokarmów, lub gdy ujemnie działa na sen. Stosujemy również środki działające podniecająco na ustrój lub poszczególne jego narządy (arsen, żelazo i t. d.) wewnętrznie lub podskórnie. Stosujemy dalej różne zabiegi lecznicze, jak galwanizacyę, faradyzacyę, miesienie wibracyjne, opaski, bańki i t. p., wreszcie przeciw bólom w suchych zapaleniach opłucnej — tak częstych w przebiegu gruźlicy płuc, — oprócz zwykle używanych środków (opaski, bańki, przetwory jodowe) stosujemy naświetlania światłem elektrycznem białem lub fioletowem i otrzymujemy niejednokrotnie bardzo zadowalniające wyniki. — Przeciw zrostom opłucnej stosujemy od kilku miesięcy wstrzykiwania fibrolizyny, jak dotąd z pomyślnym skutkiem; materyał nasz jest jednak jeszcze za mały, abyśmy mogli już dziś wypowiedzieć swą opinię. Wreszcie wspominamy o stosowanych zarówno u nas, jak i w innych sanatoryach, zabiegach wodoleczniczych, stanowiących poniekąd integralną część metody higieniczno-dyetetycznej, a mianowicie: nacierania całego ciała wodą czystą lub zmieszaną z wyskokiem — i natryski, trwające 20—30 sekund z ciepłotą obniżającą się przez ten krótki przeciąg czasu od 35° do 10° C. Nacierania stosowaliśmy u 309 chorych (na 334), natryski tylko u 56, gdyż nadają się do nich tylko chorzy z wielkim zapasem odporności; i wśród nich jednak zdarza się czasem układ nerwowy tak pobudliwy, że natrysków nie znosi.

Po omówieniu w ogólnych zarysach środków leczenia, przechodzimy z kolei do poszczególnych cyfr (w Tab. II.), charakteryzujących wyniki lecznicze i rozpatrzymy w porządku chronologicznym kolumny, cyfry te zawierające.

Przewaga kobiet nad mężczyznami, którą stale spotykamy od 1906 r. i którą staraliśmy się wytłómaczyć społecznymi warunkami pracy mężczyzny, nie jest obecnie tak wybitna, jak lat ubiegłych, skoro się porówna obecne sprawozdanie z poprzedniemi.

Przechodząc z kolei do wieku chorych, spotykamy pewną prawidłowość, dającą się uzasadnić warunkami biologicznymi i społecznymi obecnej doby, i powtarzającą się we wszystkich cywilizowanych społeczeństwach, a mianowicie największą ilość chorych w okresie od 20—40 lat W naszym Zakładzie okresy wieku 20—30 i 30—40 lat stanowią średnio $^3/_4$ ogółu chorych i leczących się, ze zboczeniami w jedną lub drugą stronę. Obecnie wynoszą one okrągło 65% (w IV. sprawozdaniu 85%; w V. — 75%, w VI. — 64%). Jeśli zwrócimy się do obciążenia dziedzicznego, musimy powtórzyć wyrażoną już w poprzednich sprawozdaniach opinię, zgodną ze spostrzeżeniem Turbana (patrz »Beiträge zur Kenntniss der chron. Lungentuberkulose«), mianowicie, że przy ostatecznych wynikach leczniczych i opierając się na średnich liczbach, nie widzimy bezpośredniego na te wyniki wpływu, choć może on być wykazany w poszczególnych przypadkach. W V. sprawozdaniu za 1908 r., gdzie liczba chorych, wolnych od obciążenia wynosiła 40% (w I. — 68%, w II. — 48%, w III. — 51%, w IV. 54%) mamy cyfrowo najlepsze wyniki, gdyż 89·7% znacznej i względnej poprawy; w VI. sprawozdaniu wolnych od obciążenia 37% przy znacznej i względnej poprawie 86%, w obecnem zaś okrągło — 45% przy znacznej i względnej poprawie 82%. Liczby te więc dowodnie wskazują, że niema bezpośredniego związku między obciążeniem, a ostatecznymi wynikami leczenia.

Idąc dalej w chronologicznym porządku, spotykamy dwa ważne szczegóły, dotyczące wyników leczenia: utrata gorączki i znikanie laseczników Kocha. Co się tyczy utraty gorączki, widzimy ją tylko u 34·8% chorych, czyli oprócz 31% w III spraw. najniższą cyfrę ze wszystkich innych sprawozdań*). Tymczasem mamy wśród ogólnej liczby chorych 48·5% w I okresie Turbana, czyli najwyższą liczbę najlżej chorych ze wszystkich bez wyjątku dotychczasowych sprawozdań. Jeśli się zważy, że w obecnem sprawozdaniu mamy niemal połowę lekko lub bardzo lekko chorych, to nizki względnie odsetek zniknięcia gorączki może się wydać paradoksalnym. Fakt ten da się tłómaczyć tą okolicznością, że jeśli na jednym biegunie spotykamy bardzo lekki materyał kliniczny, to na drugim znów niepomiernie ciężki (w III okr.). W zeszłym bowiem roku mieliśmy sporo takich chorych, którzy objechali różne stacye klimatyczne europejskie i nie osiągnąwszy dodatnich wyników, zawitali pod koniec do naszego Zakładu. Tem się też tłómaczy, że gdy odsetek śmiertelności w 1909 r. wynosił tylko 1·3%, w 1910 r podnosi się do 2·4%. Odsetek zniknięcia prątków wynosi w obecnem sprawozdaniu 13·4% i zajmuje siódme miejsce w zestawieniu z poprzedniemi latami, gdzie najniższa cyfra wynosi 9·2% w IV sprawozda-

*) W I — 41%, w II — 48, w III 31%, w IV — 53·5%, w V — 55·8%, w VI — 39·2%.

TABLICA I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 1. stycznia 1910 do 31 grudnia 1910 (włącznie).

Narodowość	Ilość	Płeć		Pochodzenie	Ilość	Liczba dni leczenia	Wiek		
							lat	osób	
Polacy	302	191 mężczyzn	182 kobiety	Galicya	128	8685	0—10	5	Średnia pobytu jednego chorego 82·95
Rosyanie	44			Rosya	124	12686	11—20	61	
Rusini	12			Królestwo	67	5648	21 30	155	
Francuzi	2			Warszawa	39	2988	31—40	87	
Niemcy	2			Księstwo Poznańskie	12	606	41—50	47	
Węgrzy	2			Inne	3	267	51—60	15	
Gruzini	2						>60	3	
Czesi	2								
Słowacy	2								
Morawianie	1								
Bułgarzy	1								
Tatarzy	1								
Razem	373	373		Razem	373	30940		373	

TABLICA II.

Wyniki leczenia chorych za czas od 1. stycznia 1910 do 31. grudnia 1910 (włącznie).

Płeć		Wiek		Obciążenie dziedziczne		Gorączka		Prątki Kocha		Waga obliczona na 100 dni						Okresy	Poprawa			Pogorszenie	Śmierć
		lata	osób	rodzaj *)	osób												znaczna	względna	bez zmiany		
163 mężczyzn	169 kobiet	0—10	5	o¹	92	przyjechało z gorączką osób 201	utraciło gorączkę osób 74	przyjechało z tbc osób 157	utraciło tbc osób 21	209 przybrało po 6·4 kg.	40 straciło 1·96 kg.	7 bez zmiany	8 nieznana	ogólna liczba dni leczenia 30234	średnia na 1 chorego 90·5						
		11—20	58	o²	9											I. 162 48·5 %	86	63	11	2	—
		21—30	142	o	84																
		31—40	78	bez	149																
		41—50	36													II. 103 30·8 %	49	35	14	3	2
		51—60	12																		
		>60	3													III. 69 20·7 %	23	18	18	4	6
razem 334		razem 334		razem 334		% utraty gorączki 34·8%		% utraty tbc 13·4%		przybytek u 80·5% ogółu						razem 334	158 47·3 %	116 34·7 %	42 12·9 %	9 2·7%	8 2·4%

*) o¹ oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców; o² — ze strony obojga rodziców; o — obciążenie ze strony krewnych lub rodzeństwa.

niu, najwyższa zaś 23% w III. sprawozdaniu. I tu przy porównaniu zachodzi pewien paradoks. Jeśli bowiem przyjmiemy obok innych objawów pomyślnego klinicznego leczenia ustąpienie gorączki bodaj czy nie za najważniejszy, to ujrzymy, iż w III naszem sprawozdaniu, przy maksymalnej cyfrze zniknięcia prątków 23% mamy najniższy dotąd odsetek ustąpienia gorączki t. j. 31%. W obecnem sprawozdaniu, gdzie mamy niemal połowę chorych w I okresie Turbana, powinnibyśmy mieć największy odsetek zniknięcia prątków, tymczasem tak nie jest. Okoliczność ta da się tu wytłomaczyć, jak wyżej mówiliśmy, ciężkim stanem chorobowym chorych z trzeciego, a względnie i drugiego okresu. Zważmy nadto, że podział na okresy, wedle rozległości zmian anatomicznych, jest klasyfikacyą w pewnym stopniu sztuczną, nie liczącą się z najważniejszą rzeczą: ze sprawnością biologiczną c a ł e g o ustroju. Zresztą należy pamiętać, że znikanie prątków może być rzeczą przejściową i przypadkową, zwłaszcza przy średnim pobycie tylko 3-miesięcznym jak u nas. Może ono być pewnem kryteryum wtedy, gdy laseczniki znikają na stałe, czyli gdy badanie wydzielin, prowadzone całemi latami, nie wykrywa ich istnienia. Ale i tu, jak klinika poucza, bywają nieraz rzeczy nader paradoksalne.

Kończąc ze szczegółami, wspomnimy w paru słowach o wadze. W ostatnich trzech latach wzrosła ona prawidłowo u 80—81% chorych, stanowiąc średni przybytek 6·3—6·4 kgr. na 1 osobę w ciągu 100 dni. Zanotujmy, iż średnia utrata w niniejszem sprawozdaniu, wynosząc 1·96 kg. na osobę, jest najmniejsza, jaką od otwarcia Zakładu mieliśmy (najwyższa utrata 3·8 kg. w 1904 r.).

Po omówieniu szczegółów, przechodzimy do ogólnych wyników leczniczych, zaznaczając, jak dawniej, że unikamy terminu »wyleczenie«, a używamy tylko określenia »znaczna poprawa«, przez którą rozumiemy znaczną istotnie poprawę płuc i stanu ogólnego, lub »względna«, gdy stan ogólny poprawił się, w płucach zaś zmiany na lepsze są

niewielkie. W 1910 r., jak nam wskazuje tab. II, mieliśmy 47·3% znacznej, 34·7 względnej, razem 82% poprawy czyli »wyników dodatnich« wedle niemieckiej terminologii. Poza tem zostaje 12·9% bez zmiany, 2·7% pogorszenia i 2·4% zejść śmiertelnych. Dla uzupełnienia tych ogólnych liczb, dotkniemy jeszcze niektórych szczegółów, związanych bezpośrednio z przebiegiem leczenia. Wspomnimy najpierw o krwiopluciach i krwotokach, które stanowią sprawę wielce sporną nietylko wśród laików, lecz i wśród lekarzy, gdy rzecz dotyczy wpływu klimatu wysokogórskiego na ten tak częsty objaw gruźlicy płuc. Obszernie o tem na tem miejscu mówić nie będziemy, gdyż sprawa ta będzie przedmiotem osobnego referatu z naszego Zakładu na tegorocznym Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Zaznaczymy tylko, iż lekarze, praktykujący w klimacie wysokogórskim, teoretycznie wykazali całą bezpodstawność rzekomo ujemnego w tym względzie wpływu gór i faktami oraz cyframi twierdzenia swe poparli My także w szeregu naszych sprawozdań od listopada 1902 do końca grudnia 1910 r. możemy wykazać cyframi na materyale, dotyczącym przeszło 1900 chorych, że krwioplucia i krwotoki p o w t a r z a j ą się w Sanatoryum średnio u 10%—21% tych chorych, którzy je mieli już p r z e d przybyciem do Zakładu, pojawiają się zaś poraz pierwszy u 0·8%—2·7%. W sprawozdaniu niniejszem powtórzyły się u 21%, pojawiły się poraz pierwszy u 0·9%. Cyfry same przez się są tak wymowne, że nie potrzebują komentarzy.

To samo da się powiedzieć o wpływie wysokogórskiego klimatu na gruźlicę krtani. Zdania są podzielone, choć, jak dawniej zaznaczaliśmy, wybitni polscy laryngologowie przesyłają nam przypadki gruźlicy płuc, powikłanej swoistą sprawą w krtani i to czasem w postaci bardzo ciężkiej. Nie będziemy wchodzić w teoretyczne rozważania, jakie mianowicie warunki wpływają na poprawę lub wyleczenie gruźlicy krtani, jaką rolę odgrywa poprawa płuc na tle ogólnej odporności ustroju i t. d., a przejdziemy odrazu do cyfr. Otóż na okrągło 1900 chorych, którzy od chwili otwarcia Zakładu, lecząc się conajmniej 30 dni, stanowią przedmiot naszych sprawozdań, gruźlicę krtani spotykamy średnio u 10—12% chorych, średnia zaś liczba polepszeń wynosi 50—60%. W obecnem sprawozdaniu mamy 32 chorych na 334, czyli 9·6%. Wśród 32 zapisaliśmy 9 przypadków ciężkich z dużymi naciekami i owrzodzeniami. Otóż na ogólną liczbę 32 otrzymaliśmy, co następuje: znaczna poprawa — 9, lekka poprawa — 10, bez zmiany — 12, pogorszenie — 1, czyli razem 19 przypadków poprawy t. j. 59·4%.

Mówiąc o powikłaniach w gruźlicy płuc, pragniemy poruszyć szereg innych cierpień, mających bezpośredni lub pośredni wpływ na przebieg leczenia; jedne powstałe na gruncie swoistym, drugie — nie. Na pierwszem miejscu gruźlica jelit, 7 przypadków (2 poprawy, czy stałe? przyp. aut.—) 3 bez zmiany, 2 pogorszenia); gruźlica otrzewnej 2 przyp. (1 bez zmiany, 1 poprawa); gruźlica opon mózgowych 2 przypadki (śmiertelne); ogólna gruźlica prosówkowa (1 śmierć); gruźlica kości 6 przypadków (3 poprawa, 3 bez zmiany); gruźlica skóry 2 przypadki z poprawą; przetoka odbytu 2 przypadki z dużą poprawą (1 operowany); zapalenie gruźlicze najądrza 1; gruźlica gruczołów 6 (2 poprawa, 4 bez zmiany); gruźlica nerek 1 (bez zmiany); dalej »polyarthritis tbc. Poncet« 1, wreszcie po 1 przypadku: ostrego zapalenia nerek, cukrzycy i choroby Addisona.

Wspomnijmy wreszcie o charakterystycznych ogniskach gruźlicy, omawianych we wszystkich naszych sprawozdaniach i usadowionych w prawem płucu z tyłu od grzebienia do połowy łopatki, w lewem zaś z przodu w II i w III międzyżebrzu w pobliżu mostka. Mówiliśmy już niejednokrotnie, że wybitną cechą tych ognisk jest większe niż w szczytach nasilenie sprawy chorobowej, której towarzyszy przy niepomyślnym przebiegu większa skłonność do rozpadu, przy pomyślnym zaś opóźnianie się poprawy w porównaniu ze szczytami. Ogniska takie w 1910 r. spotykaliśmy w prawem płucu u 41, w lewem u 5, czyli razem u 13·7% ogółu.

Na zakończenie jeszcze dwa słowa o suchem zapaleniu opłucnej, które także notujemy we wszystkich naszych sprawozdaniach, gdyż pomimo częstości tego objawu w przebiegu gruźlicy płuc, opisana przez nas postać ma pewne charakterystyczne cechy, jako to: usadowienie się przeważnie na nieznacznej, zaledwie kilka centym. kwadrat. wynoszącej przestrzeni, często zdala od głównego siedliska choroby (najczęściej w dolnej części pachy); czasem takie zapalenie opłucnej zmienia swe miejsce; czas trwania bywa niejednokrotnie efemeryczny i objawy jego, t. j. ból i tarcie, znikają czasem w ciągu kilku godzin, i to na stałe lub też pojawiają się znów na krótkie chwile; przestrzeń zajęta przez taką »pleuritis sicca volans« oraz objaw przedmiotowy, t. j. tarcie, wcale nie idą równolegle z nasileniem bólu, gdyż przy nieznacznem tarciu może być bardzo dotkliwy ból i naodwrót. Wreszcie odgłos opukowy i oddech najczęściej bywają zupełnie prawidłowe i gdy chory nie uskarża się na ból, takie ognisko opłucne można wykryć przypadkowo, natrafiając przy drobiazgowem badaniu w ograniczonem miejscu na tarcie, czasem szorstkie, grube, (»frottement du cuir neuf«) czasem zaś bardzo delikatne, włoskowate (»frottement râles« Grancher). Taką »pleuritis sicca volans« spostrzegaliśmy u 65 chorych, czyli u 19·4% ogółu.

Podane powyżej ogólne liczby wyników leczniczych, wyjaśnienie niektórych poszczególnych pozycyi, wreszcie omówienie ważniejszych powikłań, zwłaszcza takich, które mają bezpośredni wpływ na przebieg podstawowej sprawy, uwalniają nas od bliższego zastanawiania się nad znaczeniem zasadniczego czynnika leczniczego, t. j. klimatu zakopiańskiego, na tle którego Zakład nasz występuje jako placówka walki z gruźlicą. Gdyby Zakład nie był instytucyą pożyteczną, nie znalazłaby poparcia ani w szerokich warstwach świata lekarskiego, ani w opinii całego społeczeństwa. Cyfra wzrastającej stale frekwencyi wymownem po temu służy świadectwem. Ogólna liczba dni leczenia w 1910 r wynosiła 27526, w 1910 r. podniosła się do 30940 (p. Tab. I), czyli przeszło o 12%. Ale w tej wzrastającej frekwencyi biorą bardzo nierówny udział poszczególne części naszego kraju. Już w r. zeszłym zaznaczyliśmy, że frekwencya z Warszawy i Królestwa w ostatnich latach procentowo się zmniejszyła, pomimo iż na obszarach jego mieszka w zwartej masie najwięcej Polaków. Z 39·9% ogółu chorych w 1904 r. spadła do 32·3%, w 1909 r. zaś obniżyła się do 28·4%. Jeszcze bardziej uderzającym jest fakt, że z Poznańskiego mieliśmy w 1910 r. tylko 12 chorych na 373. Natomiast frekwencya z Galicyi utrzymuje się na poziomie 34—35% ogółu chorych.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Działalność Warszawskiego Towarzystwa higienicznego w r. 1910. Ogłoszone w kwietniowym zeszycie »Zdrowia« doroczne sprawozdanie Warszawskiego Towarzystwa higienicznego wskazuje, że po krótkim okresie depresyi w latach rewolucyjnych, powróciło życie Towarzystwa całkowicie na tory normalne. Życie to tętni najżywiej w poszczególnych instytucyach, zarządzanych przez Towarzystwo i w niektórych Wydziałach Towarzystwa, a więc w niezbyt licznych gronach, zajętych pewnemi specyalnemi pracami; charakterystyczną natomiast rzeczą jest (zaznaczany w prasie codziennej) słaby udział członków w zgromadzeniach ogólnych i stosunkowo niewielka ogólna liczba członków Towarzystwa, mającego tak rozległe i ważne zadania i rozporządzającego znacznemi bądźcobądź fundacyami. Towarzystwo liczy 309 członków rzeczywistych i 89 zwyczajnych. Własnych dochodów miało Towarzystwo w r. 1910 — 3791·39 rb., (z niedoborem 202·16 rb.), majątku 10491·23 rb., w czem jednak mieści

się już fun. bud. domu (6238·31 rb.) i kąpieli lud. (1900 rb.). Natomiast w zarządzanych przez Towarzystwo instytucyach fundacyjnych wynosił w r. 1910 obrót kasowy w wydatkach 83.890 rb., a bilans zamyka się ogólną cyfrą 796.844 rb. Wynika stąd, że zadania Towarzystwa znalazły poparcie w ofiarności, i to hojnej, szeregu jednostek, i to jest o tyle pocieszające, że do niedawna brakło u nas prawie zupełnie fundacyi na cele higieniczno-społeczne. Jednakże powstałe na ten cel fundacye są zawsze jeszcze zjawiskiem sporadycznem. Mały natomiast zastęp członków Towarzystwa, maleńki w stosunku do obrotu kasowego podległych mu fundacyi własny jego budżet, — dowodzą, że przeświadczenie o doniosłości pracy higieniczno-społecznej nie przeniknęło jeszcze u nas w szersze sfery i że postęp w tym względzie, mimo starań Towarzystwa, jest zbyt powolny.

Naczelna władza Towarzystwa, »Rada«, na 13 swoich posiedzeniach załatwiła liczne sprawy, między niemi rzeczy niemałej doniosłości, jak np. stworzenie delegacyi (centralnego komitetu) wszystkich Towarzystw, poświęcających się opiece nad dziećmi i wychowaniu, urządzenie wystawy miast-ogrodów, utrzymywanie ruchomej wystawy przeciwalkoholicznej (w r. 1910 w Kaliszu, Sieradzu, Zawierciu i Sosnowcu), udział w projektowanej wystawie miast Królestwa Polskiego. Oprócz tego zreorganizowano po 3 latach nieczynności oddział Towarzystwa w Radomiu i założono nowy w Sosnowcu, opracowano referaty, dotyczące projektów ustawodawczych, wniesionych do Dumy państwowej, a mianowicie: 1) o przedłużeniu organizacyi pomocy lekarskiej w gub. Płockiej, 2) o obowiązkowem szczepieniu ospy, 3) o zniesieniu monopolu aptecznego, 4) o samorządzie miejskim w Królestwie. Wreszcie zajmowała się Rada zjednaniem Towarzystwu liczniejszych członków i sprawą budowy domu. Pożyczek na budowę kąpieli ludowych zażądano od Towarzystwa tylko z 2 miejscowości.

Z Wydziałów Towarzystwa najczynniejsze były w r. 1910 Wydział wychowawczy (wygłoszono i przedyskutowano 8 referatów) łącznie z Delegacyą społeczno-wychowawczą, która ukonstytuowała się w lutym, a odbyła 4 posiedzenia, oraz Wydział balneologiczny (6 posiedzeń, na których roztrząsano 7 spraw). Następuje Wydział higieny ludowej (4 referaty), biologiczny (3 ref.). Komitet badania i zwalczania raka nadał jedną nagrodę konkursową, ogłosił drugi konkurs na pracę »O wczesnem rozpoznawaniu raka« i postanowił w tymże przedmiocie wydać zbiorowo napisaną rozprawę popularną. Biuro informacyjne o zdrojowiskach udzielało wiadomości o Ciechocinku, Druskienikach, Nałęczowie i Ojcowie. Zdrojowiska galicyjskie do biura nie przystąpiły (!), »nie opłaciły bowiem przepisanego wkładu«. (Ta abstynencya powinnaby zwrócić uwagę Towarzystwa balneologicznego i Zarządu »Związku zdrojowisk i uzdrowisk«. Przyp. sprawozd.). Organ Towarzystwa »Zdrowie«, redagowany przez Dr J. Jaworskiego, wydał 43 prac oryginalnych i 917 referatów (nadto rozliczne drobniejsze wiadomości), na 918 stronach druku. Wydawnictwo to kosztowało w r. 1910 2342·38 rb., z których 1000 rb. pokryto zapomogą, udzieloną z kasy Towarzystwa higienicznego.

Działalność prowincyonalnych oddziałów Towarzystwa objaśniają następujące krótkie dane: 1) Częstochowa: 151 członków; dochody 1115·67 rb., obrót w funduszu budowy Muzeum higienicznego — 1737 rb. (na budynku ciąży jeszcze 3114 rb. długu), utrzymanie tegoż muzeum 384 rb., fundusz »Kropli mleka« 1801 rb., fundusz kąpieli ludowych 1037 rb. Główną działalnością Oddziału było urządzenie wystawy przeciwgruźliczej w sierpniu i wrześniu; zwiedziło ją 15000 osób, a koszt jej wynosił 2481 rb. (czysty dochód 516 rb.). Oddział odbył 4 posiedzenia (tyleż referatów), urządził 10 odczytów publicznych, prowadził ogródek dziecięcy (frekwencya 100—200) i przygotowuje budowę kąpieli ludowych. 2) Lublin: Członków 115 (ubyło 13). Dochody 2707 rb., deficyt 261 rb. Zorganizowano Wydział ogródków dla zabaw dzieci (frekwencya 120—140). »Kropla mleka« wydała 14.739 litrów 328 dzieciom. Wydano 3 odezwy popularne (o uchronieniu się od dżumy, cholery i duru plamistego). 3) Radom: Członków 44. Dochody 391 rb. Zorganizowano ogródki dziecięce, w projekcie budowa natrysków ludowych. 4) Kalisz: Członków 130. Dochody 5396 rb. Zbudowano kąpiele ludowe. Sekcya higieny ludu i biologiczna miały po 3 posiedzenia, wychowawcza 6. 5) Płock: Członków »kilkudziesięciu«. Czynna była prócz Zarządu tylko sekcya higieny miejskiej, odbywająca co 2 tygodnie posiedzenia w sprawie usunięcia braków sanitarnych. Delegaci Oddziału zbadali dokładnie stan piekarń w mieście. Zorganizowano bezpłatne szczepienie krowianką. 6) Łódź: Członków 198. Urządzono wystawę przeciwalkoholiczną z ogromnem powodzeniem i kilkadziesiąt odczytów popularnych dla zwalczania alkoholizmu. Na utworzenie sekcyi »Upiększenia miasta« nie pozwoliły władze. Wydano 3 broszury popularne (rozdane 10.000 robotnikom). Dochody 886 rb. 7) Oddział kujawski: Członków 33, dochody 657 rb. Główna działalność: ogródek zabaw dziecięcych (średnia frekwencya 75).

Z warszawskich instytucyi higienicznych, zarządzanych przez Towarzystwo, najzasobniejszą i najszerzej działającą są ogrody im. Raua, których działalność jest w sprawozdaniu Towarzystwa bardzo starannie przedstawiona. Ogrodów było czynnych 8. Odpowiednio liczny, fachowo wykształcony i doskonale już wprawny personal przodowników i nauczycieli prowadził rozmaite rodzaje zabaw ruchowych, gimnastykę, śpiew, pływanie, ślizgawkę, zawody; prócz tego odbywały się szczepienie krowianki i kąpiele zimne i ciepłe. Ogółem było w r. 1910 »uczęszczań« 704.181 (mniej o 260.899, niż w r. 1909), koszt jednego wynosił 2·37 kop. (w r. 1909 tylko 1·9 kop.). Zmniejszenie się frekwencyi, a zwiększenie kosztu było skutkiem: większej liczby dni niepogodnych, zupełnem skasowaniem jednego ogrodu (bez możności otwarcia nowego) i czasowem zamknięciem drugiego z powodu płonicy. Ogólny koszt ogrodów w r. 1910 wynosił 16.732·17 rb.; majątek fundacyi wynosi 326.339·56 rb.

Instytut higieny dziecięcej im. Lenvala, walczący od r. 1905 z rosnącym niedoborem, znalazł się nareszcie w r. z. w lepszem położeniu, a to dzięki kilku uzyskanym subwencyom i rozbudzeniu ofiarności publicznej. Toteż przy dochodzie 13.865 rb. pozostała w tym roku nadwyżka 2.064 rb. Stan majątkowy fundacyi wynosi 102.059 rb. W instytucie pracowało w dziale higieniczno-leczniczym 12 osób (11 lekarzy), w administracyjnym 13, prócz tego 23 pań-opiekunek. Instytut wydał 29.553 kąpieli (wraz z kubkiem mleka i chlebem), zaszczepił 1454 dzieci, udzielił porad dentystycznych 1220, innych porad leczniczych 6962, lekarstw bezpłatnie 5931, buteleczek mleka pasteryzowanego 89851. Instytutem kierował Dr Z. Paderewski.

Znacznem poparciem ofiarodawców cieszyło się Sanatoryum w Rudce, które z tego źródła zyskało w r. 1910 50000·62 rb. (w tem drobnych ofiar tylko 1.713·62 rb.), czem przynajmniej częściowo zdołano spłacić ciążące na Zakładzie długi i przeprowadzić najkonieczniejsze ulepszenia (filtry biologiczne, chłodnię, leżalnię letnią). Długi jeszcze pozostałe wynoszą przeszło 26.000 rb., a na budowę drugiego skrzydła, która okazuje się konieczną i nader pilną, potrzeba jeszcze najmniej 60.000 rb. Ze sprawozdania lekarskiego, które opracował dyrektor Dr Gałecki, przytoczymy następujące najważniejsze cyfry: Przyjęto do sanatoryum w r. 1910 183 chorych. Dni leczenia było 23.356., koszt jednego dnia — 2·14 rb. Średni czas leczenia jednego chorego — 170 dni. Najwięcej było chorych w wieku od 40 do 30 lat; z sanatoryum korzystała przeważnie niezamożna inteligencya, a więc ta sfera, dla której ono było przeznaczone. Niestosunkowo wielu przyjętych chorych było w III okresie (według podziału Turbana), bo aż 67; w II okresie — 54, w I — 60. Wina tej przewagi chorych nieuleczalnych spada na lekarzy, którzy ciągle jeszcze kierują do sanatoryum tak nieodpowiednie przypadki. Wyniki leczenia (obliczone co do 162 chorych) były następujące: w I okresie poprawa 93%, w II — 85%, w III — 48%. Zmarło 6 osób (III okr.) Zupełną i przypuszczalnie trwałą zdolność do pracy osiągnęło 44 chorych, na pewien czas 64; niezdolnymi do pracy pozostało 54. C.

Liga przeciwgruźlicza w Łodzi ogłosiła swe I sprawozdanie. Działalność jej w pierwszym roku istnienia polegała na założeniu »Opieki przeciwgruźliczej im. Dr R. Jonschera«, oraz muzeum przeciwgruźliczego (niezupełnie jeszcze skompletowanego). Starania o zebranie funduszu na budowę sanatoryum nie dały dotąd poważniejszych wyników (zebrano dotąd 5.700 rb.) »Opieka przeciwgruźlicza« utrzymywała »Przychodnię« (dyspensatoryum), w której pracuje obecnie 2 lekarzy i 2 dozorczynie. W ciągu 3 kwartałów udzielono w przychodni 1213 porad; zapisało się chorych 332, z których pod dłuższą opieką pozostawało 232, prawie wyłącznie z klasy robotniczej. Dokładnie opracowane sprawozdanie daje jasny obraz sposobu działania »Przychodni«, który może służyć za wzór dla podobnych instytucyi u nas. Bardzo ważną stroną działalności »Przychodni« łódzkiej była kontrola mieszkań, wykonywana przez dozorczynie (które odbyły razem 839 wizyt), przyczem okazało się, że z 217 chorych, pozostających pod opieką »Przychodni«, wykonywało przepisy dość ściśle 122, niezawsze 71, a wcale nie 24, — było zaś zawsze czystych 143, niezawsze 38, a brudnych 36.

Ciekawe też są spostrzeżenia co do czystości mieszkań; na 265 mieszkań było czystych 225, niezawsze 24, brudnych 56. Jestto stosunek bądźcobądź nienajgorszy, zważywszy, że w tych mieszkaniach mieściło się 1391 osób, t. j. po 5·3 na izbę. Zresztą w miarę dłuższej działalności »Przychodni« musi się stosu-

nek czystości mieszkań polepszyć. Godzi się tu przytoczyć jeszcze jedną liczbę statystyczną, ilustrującą doniosłość dobrze prowadzonych »przychodni«, jako instytucyi, wychowujących chorych w kierunku profilaktycznym; oto tej małej garstce chorych gruźliczych, którymi »przychodnia« się opiekowała, odpowiadało nie mniej, niż 1304 zdrowych osób z ich otoczenia, narażonych przeto na możliwość zakażenia się gruźlicą. Najbiedniejszym chorym dostarcza »Opieka przeciwgruźlicza« łóżek, spluwaczek, szczotek do rąk i zębów, płynu odkażającego, kefiru (6466 butelek), mleka (1667 kwart), masła, oleju ługowego, tranu, soli do kąpieli dla dzieci zołzowatych.

Liga przeciwgruźlicza łódzka liczyła 158 członków, a w funduszu obrotowym miała saldo 2.742 rb. Jestto na miasto tak ludne, a tak zagruźliczone, jak Łódź (śmiertelność z gruźlicy wynosi w Łodzi na 100.000 mieszkańców 389, w Wiedniu 289, w Warszawie 231, w Moskwie 222, w Londynie 147), bardzo mało i niewesoło świadczy o społeczno-higienicznych instynktach ogółu mieszkańców tego miasta. C.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 9. IV. do 15. IV. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 1 (w tem obcych 4 † 1), krztuśca 4, ospy wietrznej 1, płonicy 17 † 2 (5 † 1), odry 4 † — (1 † —), duru brzusznego 1 † 2 (— † 1), róży 1 † 1 (1 † 1), wodowstrętu 5. Dr Janiszewski.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Dotychczas zgłoszono następujące tematy i wykłady:

I. W sekcyi medycyny teoretycznej:

Temat główny: (na posiedzeniu wspólnem z sekcyą medycyny wewnętrznej): »Arytmia sercowa«. Referenci: Prof. Ciechanowski (Kraków) (Pęczek przedsionkowo-komorowy i stosunek jego do patologii serca«), Doc. Janowski (Warszawa), Doc. Franke (Lwów), Doc. Latkowski (Kraków).

Wykłady: 1) E. Pożerski (Paryż): O błyskawicznem trawieniu białka.

2) Ryszard Hertz i Stanisław Mutermilch (Warszawa): Badania nad zawartością dopełniacza w normalnych i patologicznych cieczach ustroju.

3) Jan Sosnowski (Warszawa): Geneza zjawisk elektrotonicznych.

4) Tenże: Studya nad wrażliwością.

5) Tenże: Przyczynek do znajomości oddychania tkankowego.

6) Doc. K. Noiszewski (Dźwińsk): O zachwianiu równowagi pomiędzy ciśnieniem w czaszce i gałce ocznej.

7) Prof. L. K. Gliński (Kraków): O przysadce mózgowej.

8) Gustaw Nowotny (Kraków): O wpływie ciąży i karmienia na rozwój raka szczepionego u białych myszy.

Prof. Dr Browicz, przewodniczący komitetu sekcyi.
Prof. Dr Ciechanowski, sekretarz.

II. W sekcyi medycyny wewnętrznej zgłoszono dotąd następujące tematy:

1) O arytmii sercowej (na posiedzeniu wspólnem z sekcyą medycyny teoretycznej). Referenci: Prof. Ciechanowski (Kraków). Doc. Janowski (Warszawa), Doc. Franke (Lwów), Doc. Latkowski (Kraków).

2) Znaczenie i wartość odczynu Wassermanna ze szczególnem uwzględnieniem wskazań leczniczych. Ref. Malinowski Feliks (Warszawa), Wojciechowski (Warszawa).

3) O zaburzeniach odżywiania u niemowląt. Ref. Prof. Raczyński (Lwów).

4) O stosunku skazy wysiękowej względnie limfatyzmu do zołzów i gruźlicy. Ref. Brudziński (Warszawa), Progulski (Lwów).

5) Leczenie kiły przetworami arsenu. Ref. Jan Lenartowicz (Lwów), Prof. Krzyształowicz (Kraków).

6) O nerwicach (rozróżnienie i istota poszczególnych postaci: histeryi, neurastenii, psychastenii, nerwicy lękowej, wzruszeniowej i urazowej). Ref. Jaroszyński (War-szawa).

7) Rentgeno- i radioterapia w chorobach skórnych. Ref. Karwowski (Poznań), Kozerski (Warszawa), Sterling Wacław (Warszawa).

8) Współczesne poglądy na dnę i cierpienia t. zw. artrytyczne; ich patogeneza, symptomatologia i leczenie. Ref. Landau Anast. (Warszawa), Halpern (Warszawa).

9) Leczenie wrzodu żołądka. Ref. Rajchman (Warszawa).

10) Najnowsze poglądy na znaczenie fermentów w mleku w stosunku do żywienia niemowląt. Ref. Daszkiewicz (Warszawa).

11) Dotychczasowe wyniki leczenia wiewióra szczepionką. Ref. Doc. Sowiński (Petersburg).

12) Cylindrurya, a leczenie rtęcią. Ref. Prof. Reiss (Kraków).

13) O nabłoniakach. Ref. Prof. Krzyształowicz (Kraków).

14) K. Dłuski i Stefan Rudzki: Znaczenie próby tuberkulinowej Moro na mocy własnych doświadczeń w Sanatoryum Zakopiańskiem.

15) K. Dłuski: Uwagi o ciepłocie u kobiet gruźliczych podczas miesiączkowania.

16) St. Rudzki: O krwioplucíach w klimacie wysokogórskim.

17) Seweryn Sterling (Łódź): Stosunek dychawicy oskrzelowej (asthma bronchiale) do gruźlicy płuc.

18) Bujak (klin. pedyatr., Kraków): O rozpoznawaniu zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych.

19) Dadej (klin. pedyatr., Kraków): O stosowaniu równoczesnem tuberkuliny ludzkiej i perliczej przy próbach rozpoznawczych na gruźlicę.

20) Doc. Kaz. Orzechowski (Lwów): O zaburzeniach nerwowych narządu błędnikowego.

21) Teod. Łapiński (Warszawa): Zboczenia psychiczne w dziedzinie t. zw. »normy«.

22) Jekels (Bystra): Z dziedziny psychoanalizy.

23) Orzechowski, Kozłowski, Meisels (Lwów): Badania zachowania się narządów wegetatywnych w padaczce.

24) Orzechowski, Begleiter, Meisels (Lwów). Badania zachowania się narządów wegetatywnych przy guzach mózgu.

25) Kozłowski i Orzechowski (Lwów): Przemiana azotowa w padaczce.

26) Orzechowski i Nowicki (Lwów): Stwardnienie guzowate i choroba Recklinghausena jako jednostki chorobowe anatomicznie pokrewne.

27) Orzechowski (Lwów): Przypadek glejaka przysadki.

28) Stan. Schuman (Kowanówko pod Poznaniem): O postaci psychozy maniakalno-depresyjnej z prześladowczym systemem obłędu.

29) St. Schuman (Kowanówko): O postaci psychozy maniakalno-depresyjnej z mieszanymi stanami, z błyskawicznemi zmianami nastroju oraz ich przeciwieństwem równoczesnem.

30) Józef Kostrzewski (klin. lek. U. J., Kraków): Serodyagnostyka raka. Odczyn Freund-Kaminera.

31) Jan Nowaczyński (klin. lek. U. J., Kraków): Odczyn Calmettea z jadem kobry (okularnika) oraz jego wartość rozpoznawcza dla gruźlicy na podstawie własnych badań.

Prof. Dr Reiss, przew. komitetu sekcyi med. wewn.
Doc. Dr Latkowski, sekretarz.

Wiadomości bieżące.

Kraków. »Towarzystwo ku wspieraniu ubogiej chorej uczącej się młodzieży żydowskiej«, utrzymujące sanatoryum przeciwgruźlicze w Szczawnicy, ogłosiło sprawozdanie swoje za r. 1910. W sanatoryum leczono (w sezonie letnim) 27 chorych. Dni leczenia było razem 1196. Poprawę bezwzględną uzyskano u 5, względną u 20 chorych. Koszt utrzymania zakładu wynosił 4712 kor. Towarzystwo zamknęło rachunki funduszu obrotowego kwotą 7215 k., funduszu żelaznego 876 k., funduszu budowy domu na sanatoryum 3264 k. Pomyślny swój dotychczasowy rozwój zawdzięcza sanatoryum w pierwszym rzędzie Zarządowi Towarzystwa, na którego czele stoi Dr Jan Landau sen., oraz z wielkiem poświęceniem pracującemu lekarzowi Zakładu Dr Hammerschlagowi.

Warszawa. Ukazał się I zeszyt III tomu »Przeglądu pedyatrycznego«, przeniesionego w r. b. z Krakowa do Warszawy, gdzie wychodzi jako jedno z wydawnictw »Gazety lekarskiej«, a pod redakcyą Dr Andersa i Brudzińskiego. Ze słowa wstępnego do tego tomu dowiadujemy się, że »Przegląd pedyatryczny« wychodzić będzie nadal przy poparciu już tylko warszawskiego i łódzkiego grona wydawców-pedyatrów. Brak udziału pedyatrów z innych zaborow nie wpłynie zapewne na materyalną stronę wydawnictwa, z innych jednakże względów jest on naszem zdaniem zjawiskiem niepożądanem.

— Z okazyi 25-letniego jubileuszu istnienia łódzkiego Tow. lekarskiego, trzech członków założycieli tego Towarzystwa, Dra Józefa Kolińskiego, Maksymiliana Cohna i M. Runda, wybrano na członków honorowych.

Mianowani: Prof. Orsner z Insbruka dyrektorem III kliniki chor. wewn., a Prof. Chvostek dyrektorem nowej IV takiejże kliniki w Wiedniu.

Zmarli: otyatra Prof. Cozzolino w Neapolu, fizyolog Bowditch w Bostonie;

Dr Aleksander Trzeciak, warszawianin, były lekarz wojskowy, w 75 r. ż. w Lipsku.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 26. kwietnia 1911 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) F. Eisenberg: O roznosicielach zarazków. 2) Nowaczyński: Odczyn Calmetta z jadem kobry w surowicy ludzkiej, a wartość jego rozpoznawcza u gruźliczych. 3) Kostrzewski: Odczyn Freund-Kaminera (Serodyagnostyka raka).